



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PISA

Dipartimento di Civiltà e Forme del Sapere

Corso di Laurea Magistrale In Filosofia e Forme del Sapere

Tesi di laurea

IL PESO DELL'ANIMA

La complessità dei disturbi alimentari

Candidato:

Giulia Mannocci

Relatore:

Prof.ssa Maria Antonella Galanti

Correlatore:

Dr. Luca Mori

Correlatore:

Dott.ssa Rossella Paolicchi

ANNO ACCADEMICO 2013/2014

*Ho aspettato di capire il perché,
tutta la vita, ed ora,
tutte le parole che non sono mai riuscita a dire,
tutto quello che avrei sempre voluto fare,
tutte le lacrime che avrei voluto versare,
tutto il dolore che mi è rimasto dentro,
qui, trovano un senso.*

INDICE:

PREFAZIONE

1. CAPITOLO: Introduzione

1.1. Le patologie alimentari: *excursus* storico..... 3

1.2. Classificazione dei DCA (Disturbi del Comportamento Alimentare).....23

2. CAPITOLO: I disturbi alimentari in relazione al contesto sociale

2.1. Obesità, magrezza e perfezione..... 32

2.2. I *mass media* e i disturbi alimentari.....42

2.3. Il ruolo della famiglia e il fenomeno dell'*overparenting*..... 56

2.4. Anoressia, bulimia e il niente dell'angoscia.....68

3. CAPITOLO: Alcuni modelli di terapia nella cura dei disturbi alimentari

3.1. La terapia cognitivo comportamentale..... 76

3.2. La consulenza filosofica..... 83

Conclusioni..... 90

Bibliografia..... 93

Ringraziamenti..... 101

PREFAZIONE

Parlare dei disturbi alimentari e in generale dei disturbi del comportamento umano è un progetto ambizioso e molto complesso, perché i disturbi non sono altro che i sintomi di qualcosa di più profondo che affonda le radici all'interno dell'anima.

Quel “*Γνῶθι σεαυτόν*”, che Socrate tanto professava, dovrebbe essere alla base della nostra vita. Il motto greco, scritto sul tempio di Apollo a Delfi, intende proprio affermare, “conosci la tua psiche”, giacché l'uomo, nella sua essenza più profonda, secondo Socrate, non è altro che questa.

La conoscenza del proprio mondo interiore, ovviamente, richiede un percorso che non può avvenire *ex abrupto* ma esige di essere intrapreso sin dall'infanzia perché non nasciamo qualcuno, ma lo possiamo diventare, per dirla alla William James.

Infatti, tutti i disturbi dell'anima, come a me piace chiamarli, impiantano proprio nella prima fase della vita le loro radici che col passare degli anni è sempre più difficile estirpare. Pertanto in questo progetto non mi propongo di riuscire a trovare una cura per i disturbi alimentari, ma piuttosto di comprenderne l'origine, in modo tale da riuscire a individuare i percorsi di prevenzione rispetto all'insorgere di patologie, che tanto fanno stare male chi ne rimane vittima e chi *obtorto collo* si ritrova ad esserne involontario spettatore. Questi percorsi devono coinvolgere *in primis* chi ne soffre insieme alla famiglia, alla scuola, agli ambienti sportivi e in generale alle società.

1 CAPITOLO: INTRODUZIONE

1.1. Le patologie alimentari: *excursus* storico

Nel libro *I disturbi del comportamento alimentare. Un approccio multidisciplinare per un intervento efficace*, è descritto in modo dettagliato il paragone tra corpo e anima e tra quella che oggi chiamiamo anoressia nervosa e quello che, in tempi più remoti, in particolare in epoca medioevale, era considerato il digiuno ascetico.

Tuttavia, è necessario agire con cautela quando si tenta di spiegare quei fenomeni con una diagnosi di anoressia nervosa poiché essi appartengono a periodi storici tra loro molto lontani e culturalmente differenti.

“L’eccesso o l’orgia alimentare e il digiuno hanno accompagnato l’uomo fin dalle origini della sua storia, ma hanno assunto, di volta in volta, significati differenti. Nel Medioevo una condizione in apparenza molto simile a quella che oggi chiamiamo Anoressia nervosa (AN) prendeva la forma del digiuno ascetico, perseguito anche fino alla morte.

Tuttavia è bene ricordare che tali fenomeni appartengono a contesti storici e culturali diversi e tra loro anche molto lontani, per cui la semplice attribuzione della diagnosi di AN a comportamenti caratteristici dell’ascetismo religioso non sarebbe soltanto una grossolana semplificazione, ma un fondamentale errore metodologico”¹.

¹ G. Caviglia; F. Cecere, *I disturbi del comportamento alimentare. Un approccio multidisciplinare per un intervento efficace*. Carocci, Roma, 2007, p.13.

Anche in testi sacri quali l'Antico e il Nuovo Testamento, si trovano descrizioni di digiuni prolungati col fine di placare la collera divina, come strumento per sottomettere l'istinto alla fede, per vincere le passioni, per elevare lo spirito, per infondere forza al corpo o per allontanare i demoni:

“(...) Allora i discepoli si avvicinarono a Gesù in disparte e gli domandarono: Perché non siamo stati capaci di scacciarlo? Ed egli rispose: (...) Questa razza di demoni non si scaccia se non con la preghiera e il digiuno”².

Così, il digiuno divenne una vera e propria forma di ascetismo, una pratica purificatrice che si pensava liberasse dai condizionamenti della carne e avvicinasse a Dio.

Una curiosità che pone l'attenzione sull'aspetto della volontarietà dell'astinenza alimentare è rappresentata dalla stessa etimologia del termine “ascetismo”. La parola, infatti, deriva dal greco *àskesis*, e fa riferimento all' “esercizio atletico”.

Quindi, proprio come un atleta deve fare un allenamento continuo e ferreo per rimanere in perfetta forma fisica, allo stesso modo, chi volesse perseguire alte virtù morali deve fare un esercizio spirituale perenne attraverso la completa astinenza dal cibo.

Sarà solo nel tardo periodo medioevale, con le sante digiunatrici che si riconoscerà il seme della più attuale anoressia nervosa.

² Vangelo di Matteo 17,21.

La notorietà delle vicende di queste donne si deve a Rudolph Bell, il quale attraverso uno scrupoloso studio sulla loro vita, ha riconosciuto, più che un miracolo religioso, i segni dell'anoressia mentale.

Egli, infatti, dopo aver confrontato gli aspetti clinici con le descrizioni autobiografiche e agiografiche delle sante, giunse alla conclusione che i comportamenti alimentari da queste assunti possono essere interpretati in senso patologico ed equivarrebbero a un tipo di anoressia mentale sviluppatasi in seguito a una protesta nei confronti della condizione femminile nel contesto sociale e religioso medioevale; l'anoressia era un modo per avviare alla santità la donna il cui corpo era simbolo di lussuria e debolezza; esemplari in tal senso erano, nella sua lettura, i casi di Caterina da Siena e Chiara d'Assisi insieme ad altre 261 sante le quali, cercando un "matrimonio con Cristo", rifiutavano il cibo, spesso anche a rischio della propria vita.

Analizzando la vicenda di Chiara d'Assisi, il dato interessante per un confronto con la moderna anoressia, è che la ragazza provenisse da una nobile e ricca famiglia dalla quale giovanissima fuggì, riparando in convento. Da alcuni diari stilati dalle suore che vivevano con lei, risulta che la ragazza si sottoponesse a rigorosi digiuni in particolari giorni della settimana; gli altri giorni si alimentava comunque pochissimo e sempre in maniera frugale. Le regole che si impose furono così rigide e la sua devozione talmente ferrea, da suscitare ammirazione e timore nelle suore del convento tanto da descriverla attribuendole connotazioni divine. Chiara entrò in convento giovanissima per sfuggire a quella vita che le era stata imposta dalla famiglia, convento da cui non uscirà più fino alla morte, avvenuta per denutrizione nel 1253.

Ella visse da povera, camminando senza scarpe, dormendo sul pavimento, mortificando il proprio corpo con il cilicio e in isolamento.

L'esempio di questa donna è importante perché nel periodo medioevale ha incarnato un modello innovativo di pietà femminile basato fondamentalmente sull'umiliazione e sulla mortificazione del corpo, che affascinava e contemporaneamente incuteva timore; in effetti molte donne dell'epoca iniziarono a seguire il suo esempio.

Inoltre questo tipo di comportamento era particolarmente incoraggiato dai Francescani che fieri della devozione dimostrata dalla futura santa, la indicavano come esempio di devozione da emulare.

Bell parla di una vera e propria "epidemia" verificatasi tra il XIII° e il XV° Sec. Tra Umbria e Marche, regioni fra l'altro dove i Francescani risultavano essere particolarmente diffusi e seguiti. Altro dato è che tra le 42 Sante italiane vissute nel XIII° Sec., 17 sono note per i ferrei digiuni e quasi tutte vissero ad Assisi o in paesi limitrofi.

“(…) Il fatto che l'anoressia sia santa o nervosa dipende dal tipo di cultura nella quale si trova la giovane che lotta per acquisire il dominio della propria vita. In entrambi i casi l'anoressia insorge quando la giovane tende a un fine socialmente apprezzato (salute corporea, magrezza, autocontrollo nel ventesimo secolo/ salute spirituale, digiuno e auto privazione nel cristianesimo medioevale)”³.

L'opera di Bell è importante per due motivi: per collocare storicamente il fenomeno e per capire che il digiuno di queste donne era l'espressione di conflitti interni non

³ R. Bell, *La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi*, Laterza, Roma-Bari, 1998.

solo all'ammalate ma anche propri del contesto sociale. La malata in questione, infatti, nelle varie epoche, si è fatta portavoce di problemi del momento storico in cui viveva.

“Il fatto è che, in tutti i periodi della storia, i disturbi mentali di rilevanza epidemiologica o di particolare fascino illuminano un aspetto specifico della natura umana in conflitto con i tempi”⁴.

Come nel medioevo Chiara d'Assisi rappresentò l'ideale di perfezione; lo stesso atteggiamento si trova oggi nella cultura occidentale di fronte al simbolo della bellezza e della perfezione per eccellenza: la magrezza.

Ovviamente, nel Medioevo le giovani donne avevano uno stile di vita molto diverso rispetto a quello di oggi, ma si tratta comunque della medesima battaglia interiore che diventava visibile agli altri attraverso il corpo.

L'anoressia, oggi come allora, non comprende la paura di ingrassare e il desiderio perenne di una magrezza da esibire, o almeno non solo, ma il rifiuto del cibo esprime da sempre un valore simbolico capace di sovvertire l'ordine sociale ed è da sempre utilizzato non solo in senso religioso ma anche politico.

Essere sante o essere magre, tolta la connotazione religiosa rimane la sfida estrema contro se stessi e i propri limiti, è la ricerca affannosa e costante di uno stato di perfetto equilibrio, fortemente voluto ma irraggiungibile a causa della sua stessa inesistenza. Come la Santa non permette a nessuno di fraporsi fra lei e il suo Dio in una disperata ricerca della perfezione intesa come assenza del desiderio e del bisogno

⁴ E. H. Erickson, *I cicli della vita. Continuità e mutamenti* (1997), Armando, Roma, 1999.

che eleva al di sopra di tutto, la moderna digiunatrice occidentale utilizza il digiuno come prova della propria forza di volontà, e l'illusione del dominio assoluto sugli istinti che cela invece la paura di non essere capaci di gestirli.

E' per questo motivo che la santità medievale e la magrezza contemporanea possono essere paragonate e accomunate:

“(...) entrambe rappresentano due stati ideali negli ambienti culturali considerati”⁵.

Bell individua nell'anoressia un modo in cui la donna del Medioevo riusciva a spostare la lotta con il mondo esterno in un conflitto con quello interno, riuscendo così a ottenere una vittoria e una sua autonomia:

“(...) in questo senso la risposta anoressica è senza tempo. E almeno temporaneamente, è una vittoria potente e reale sull'unica cosa che la civiltà occidentale (o occidentalizzata) permette a una ragazza di conquistare se stessa”⁶.

Nonostante gli elementi comuni tra l'anoressia nervosa e la cosiddetta “santa anoressia”, occorre notare un aspetto specifico, e non l'unico, che differenzia la prima dalla seconda.

Come fa notare Massimo Recalcati, ciò che l'anoressica contemporanea persegue è una passione per il corpo magro: si tratta quindi di una passione che non è tesa a elevarsi a Dio ma che è legata all'attaccamento narcisistico alla propria immagine

⁵ W. N. Davies, *Epilogo* in Bell R.M., *La santa anoressia: digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi*, Laterza, Roma Bari, 1987.

⁶ R. Bell, *La santa anoressia: digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi*.

ideale, rappresentando così una “asceti del corpo, senza passione mistica”⁷. Oggi, infatti, non si assiste più a digiuni prolungati con lo scopo di avvicinarsi a Dio, quanto piuttosto per essere ritenute esteticamente perfette, credendo di soddisfare pienamente quei canoni di bellezza che la società attuale, soprattutto mediante i mezzi di comunicazione di massa, ha imposto.

Tornando alla storia di queste patologie, è interessante notare come la posizione della Chiesa di fronte ai fenomeni di digiuno apparentemente “miracolosi”, non fu quello di indifferenza. Essa anzi, assunse un atteggiamento critico e prudente tanto che l’astinenza prolungata dal cibo veniva considerata come un atto di superbia di fronte alle leggi divine e perciò condannata; si pensava addirittura che nei casi di inspiegabile resistenza al digiuno si potesse celare l’opera del diavolo. La connessione tra il digiuno e l’attività demoniaca ha origini antiche e questo connubio fu il motivo per cui i digiunatori vennero affidati più alle cure degli esorcisti che dei medici e alcune sante anoressiche vennero accusate di stregoneria.

Nel *Malleus Maleficarum* ad esempio, meglio conosciuto come “martello delle streghe” e scritto ad opera dei frati tedeschi Jacob Sprenger e Heinrich Kramer nel 1486, vengono elencati tutti i segni per poter riconoscere e stanare le streghe; il digiuno viene citato per primo.

Questo dato è importante perché sembrava che in quel particolare momento storico le patologie alimentari fossero d’improvviso scomparse ma, se un particolare comportamento come il digiuno viene citato, anche se attribuito ad una condizione come quella demoniaca, è perché evidentemente si verifica e quindi è presente in quel periodo storico. Ciò avallerebbe la tesi secondo cui anche in un periodo in cui

⁷ M. Recalcati, *Clinica del vuoto: anoressie, dipendenze, psicosi*, Franco Angeli, Milano, 2002.

non vi è testimonianza diretta di possibili disturbi alimentari, in realtà essi fossero comunque presenti.

Nei secoli seguenti, tra la metà dell'800 e gli inizi del '900, la figura delle digiunatrici medioevali venne sostituita da quella dei cosiddetti "artisti della fame", i quali si servivano del digiuno prolungato per fini spettacolari e per lucro. I digiunatori erano uomini e donne in grado di sfidare la fame per giorni, persone che del loro digiuno ne facevano un vanto.

L'arte di questi individui attirava migliaia di persone che andavano al circo. I digiunatori venivano messi in mostra pubblicamente come accadeva per tutti gli esseri umani stravaganti, mostruosi ma che suscitavano ammirazione; dalla donna barbata ai gemelli siamesi. Il digiuno era una delle varie forme artistiche del tempo e gli uomini-scheletro ne rappresentavano la personificazione. È soprattutto grazie alla letteratura se sono pervenute notizie circa questi artisti della fame, perché in effetti dei digiunatori di mestiere non ne abbiamo alcuna traccia.

Lo scrive lo stesso Kafka all'inizio del suo racconto, *Un digiunatore*⁸:

"Negli ultimi decenni l'interesse per i digiunatori è molto diminuito. Mentre prima valeva la pena allestire per proprio conto simili spettacoli, oggi questo è del tutto impossibile. Erano altri tempi. All'epoca tutta la città si occupava del digiunatore; a ogni giorno di digiuno la partecipazione aumentava; tutti volevano vederlo, non fosse che una volta al giorno; negli ultimi giorni certi abbonati sedevano per intere giornate davanti alla piccola gabbia con le sbarre; anche di notte si tenevano delle visite, per aumentare l'effetto grazie alla luce delle fiaccole; col bel tempo la gabbia veniva trasportata fuori, e allora il

⁸ F. Kafka, *Un digiunatore* (1922), in Id., *Racconti*, Mondadori, Milano, 1970.

digiunatore veniva mostrato soprattutto ai bambini; mentre per gli adulti il più delle volte non costituiva che un divertimento a cui partecipavano perché andava di moda”⁹.

Il protagonista è un artista della fame che esprime il digiuno estremo come forma d’arte; un fenomeno da baraccone che si esibisce per il pubblico del circo. In questo caso il rifiuto del cibo non ha altro scopo che se stesso e per questo è considerato una forma d’arte.

Al contrario delle fanciulle digiunatrici, questi non suscitavano sensazioni di incredulità ma ammirazione per la particolare abilità espressa. La vicenda degli “artisti della fame” soprattutto presenta delle interessanti affinità con alcuni tratti dei pazienti anoressici. Quello che colpisce è l’identificazione della persona con l’atto del digiunare, nonché l’esaltazione narcisistica per questa loro particolare caratteristica sovente presente nel soggetto anoressico che, di fronte alla fragilità del proprio Io e all’indecifrabilità del proprio sistema sensoriale trova nel sintomo anoressico, nel controllo sull’ingestione di cibo, un’esperienza di continuità e di coerenza del sentimento di esistenza di sé.

Tuttavia, l’esempio delle sante anoressiche e degli artisti della fame ancora non spiega cosa sia un disturbo alimentare vero e proprio perché nel primo caso, e quindi nel periodo medioevale, non ne era ancora stata data una definizione, e nel secondo caso, nonostante la malattia fosse già conosciuta, il digiuno era fine a se stesso, considerato una forma d’arte.

Pertanto per avere una spiegazione esaustiva di cosa sia un disturbo del comportamento alimentare si deve fare un passo indietro di qualche secolo rispetto agli artisti della fame quando vennero abbandonate le spiegazioni demonologiche in

⁹ F. Kafka, *Un digiunatore*.

virtù di quelle mediche. Con l'avvento della rivoluzione scientifica il mondo della medicina contestò in modo rigido l'aspetto demoniaco riferito a tali patologie, assistendo così all'abbandono di molti luoghi comuni più o meno intrisi di aspetti religiosi. Tutto quello che, fino ad allora era stato attribuito al demonio, ora viene spiegato con teorie mediche basate sull'esperienza diretta.

La prima descrizione di un caso clinico di anoressia nervosa si deve all'italiano Simone Porta che nel 1550 in un libretto intitolato *Disputa dell'eccellentissimo filosofo Simone Porti napoletano, sopra quella fanciulla della Magna, la quale visse due anni o più senza mangiare e senza bere*, stilò un racconto della malattia, oltre che un'esauritiva anamnesi.

Dopo oltre un secolo, nel 1689, il medico inglese, Richard Morton, pubblicò un trattato sulla consunzione in cui venne descritta una sindrome come "emaciazione nervosa"¹⁰.

"(...) Sindrome da deperimento, di origine nervosa, caratterizzata da perdita totale di appetito, amenorrea, stitichezza, estremo dimagrimento, iperattività e un rifiuto a qualsiasi forma di cura"¹¹.

Morton raccontò di due casi di anoressia: un ragazzo di 16 anni affetto da una totale "perdita dell'appetito", senza presentare alcun sintomo, che riconducesse il suo stato di graduale deperimento a una patologia organica, e poi il caso clinico di una donna ventenne che da due soffriva di particolari disturbi che allora sembravano strani,

¹⁰ V. Guidetti, *Fondamenti di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, il Mulino, Bologna, 2005, p. 164.

¹¹ G. Caviglia: C. Cecere, *I disturbi del comportamento alimentare. Un approccio multidisciplinare per un intervento efficace*, cit.p.15.

come, il rifiuto ad alimentarsi, la bassa temperatura corporea e l'amenorrea, sintomi che la porteranno sino alla morte. Egli, inoltre, individuò come caratteristico, l'atteggiamento di rifiuto delle pazienti verso qualunque forma di cura e ipotizzò che questo eccessivo dimagrimento fosse causato da un fattore nervoso riconducibile a sofferenze morali e preoccupazioni.

Sebbene la prima descrizione di quella che oggi è l'anoressia sia fatta risalire proprio a lui, la scoperta di questa patologia con il significato clinico con cui la si intende oggi è contesa da due eminenti medici dell'epoca vittoriana: William Gull e Charles Lasègue che, rispettivamente a Londra e a Parigi, pubblicarono contemporaneamente, nei primi anni settanta dell'Ottocento, alcuni lavori su diversi casi di digiuno volontario, oggi chiaramente riconosciuti come anoressia nervosa. Entrambi riconobbero come sintomi: rifiuto del cibo, stitichezza, amenorrea, deperimento progressivo fino a una grave cachessia, iperattività e irrequietezza, disconoscimento della malattia e resistenza alla cura.

Tuttavia sarà Charles Lasègue, nel 1873, nell'articolo intitolato *De l'anorexie histérique* inserito negli *Archives Générales de Medicine* ad affermare:

“Lo scopo di questo articolo è rendere nota una delle forme di isteria della regione gastrica, abbastanza frequente da non essere, come troppo spesso accade, una generalizzazione artificiale di un caso particolare (...). Il termine “anoressia” poteva essere sostituito da inanizione isterica (...). Ho tuttavia preferito il primo termine perché si riferisce a una fenomenologia meno superficiale, più delicata e anche più clinica”¹².

¹² E. Lasègue, (1873), *De l'anorexie histérique*.

Per primo Lasègue utilizzò l'espressione *anoressia* (dal greco *anorexia* che significa "mancanza di appetito") *isterica* ponendo l'attenzione sull'origine non organica della patologia e sottolineando il ruolo importante che svolge la famiglia che circonda l'ammalata. Lasègue negli anni in cui l'"apepsia" (oggi nota come anoressia) era ritenuta una "bizzarria della natura", individuò in essa una "perversione intellettuale".

Ecco la sua attualissima descrizione della sintomatologia anoressica:

"(...) le mestruazioni cessano, inizia la sete; la malata resta in decubito, diventa anemica, soffre di disturbi nervosi e cachessia. Raddoppiano le inquietudini della famiglia, che giudica la condizione disperata; ma la paziente continua a rispondere che sta bene. Preghiere e minacce non procurano che una più ostinata resistenza. Il mondo degli interessi dell'ammalata si restringe sempre di più, e possono intervenire idee ipocondriache o deliranti. Il medico ha perso tutta la sua autorità, i medicinali non fanno né bene né male; l'anoressica non aspira alla guarigione e si compiace della sua condizione"¹³.

Nello specifico Lasègue sosterrà che la malattia si manifesti a causa di un'emozione non confessata dal soggetto e inoltre, la suddivise in tre fasi.

La prima era caratterizzata da scarsa alimentazione, riduzione della quantità di cibo ingerita, difficoltà digestive e grande iperattività. Nella seconda fase si manifestava quella che lui indicava come causa della malattia, e cioè, uno stato mentale particolare chiamato, come già accennato in precedenza, "perversione intellettuale".

¹³ W. W. Gull, E. C. Lasègue, *La scoperta dell'anoressia*, Mondadori, Milano, 1998.

Questo stadio era caratterizzato anche da forti preoccupazioni presenti nella famiglia per il comportamento anomalo del soggetto e per il suo scarso appetito con conseguente perdita di peso. La terza fase era quella in cui i sintomi fisici erano più manifesti; erano evidenti grave deperimento, perdita di elasticità della pelle, pallore sul viso, amenorrea e il soggetto passava dallo stadio di iperattività a quello di astenia¹⁴. Al suo collega Gull, invece, si deve la denominazione di “anoressia nervosa”. L'utilizzo di un nome diverso da quello di “anoressia isterica” voleva sottolineare un'importante differenza: la sofferenza isterica era considerata esclusivamente appartenente al genere femminile, Gull, invece incontrò nella sua esperienza anche pazienti maschi con una sindrome simile a quella dell'anoressia isterica.

Poi fu la volta di Jean Charcot e Pierre Janet i quali diedero un contributo importante riguardo i disturbi alimentari: il primo ipotizzò che il rifiuto del cibo fosse riconducibile a forti conflitti psichici, alla cui base vi era il bisogno di raggiungere un'identità autonoma¹⁵. Il secondo, nel suo libro *Les Obsessions et la Psychasthénie*, definì la malattia di anoressia, “psicoastenia” imputando la causa del disturbo della donna ad un rifiuto della sessualità. Janet fu probabilmente il primo a presentare un caso clinico di una anoressica, in cui questa malattia è descritta come espressione del rifiuto di raggiungere la maturità sessuale, e per questo inserita nel gruppo delle psicoastenie.

Questa lettura della malattia venne in seguito ripresa da Freud il quale, nel testo *Melanconia*, Minuta G del 1895, affermò:

¹⁴ M. Clerici, F. Lugo, R. Papa, G. Penati, *Disturbi alimentari e contesto psicosociale. Bulimia, anoressia e obesità in trattamento ospedaliero*, Franco Angeli, Milano, 1996, p. 51.

¹⁵ I. Testoni, *Il dio cannibale. Anoressia e culture del corpo nell'occidente*, UTET, Roma, 2001.

“(...) la nevrosi alimentare, parallela alla malinconia, è l’anoressia. La ben nota anoressia nervosa delle ragazze mi sembra essere una melanconia che si verifica ove la sessualità non è sviluppata. La paziente asseriva che non mangiava semplicemente perché non aveva appetito, e per nessun’altra ragione. Perdita dell’appetito: in termini sessuali, perdita della libido”¹⁶.

Cosa è la melanconia? La parola “melanconia” ha origine greca e significa propriamente “bile nera”. La bile nera in medicina era uno dei quattro umori fondamentali della Teoria degli umori di Ippocrate. La melanconia non è una tristezza qualunque ma a livello metaforico esprime il dolore della perdita, un vuoto. Melanconia, perdita, lutto rappresentano un processo normale di crescita e, talvolta, di creatività, mentre, altre volte, si sono rivelati elementi di disorientamento totali¹⁷. Quindi nella citazione precedente, Freud ha inteso l’anoressia come una melanconia dovuta al mancato sviluppo della sessualità; la perdita dell’appetito in termini di perdita della libido e mancato sviluppo della propria identità.

L’intuizione di Freud nell’accostare i disturbi alimentari alla “melanconia”, ovvero catalogandoli come facenti parte di quei disturbi intervenuti precocemente nella fase orale che hanno impedito all’individuo di sviluppare una sessualità matura, verrà approfondita, negli anni seguenti, da Melanie Klein, la quale la definì come una perversione derivante dal nucleo psicotico che utilizza narcisisticamente il corpo come feticcio, da cui sarebbe derivata una incapacità di percepire le varie esigenze del corpo.

¹⁶ S. Freud, *Minuta G. Melanconia*, in *Opere*, vol. II, Boringhieri, Torino, 1968.

¹⁷ S. Freud, *Lutto e melanconia* (1917), in *Id., Opere*, Boringhieri, Torino, 1967-80, vol. VIII.

La Klein ne parlerà in questi termini:

“(...) se ne può osservare una manifestazione nelle difficoltà, nei disturbi, che spesso hanno i bambini molto piccoli, ad assumere il cibo; io ritengo che questi disturbi abbiano una radice paranoide. A mano a mano che il bambino s’identifica più completamente con un oggetto buono i suoi impulsi libidici si accrescono. Egli manifesta un affetto ingordo e la brama di divorare l’oggetto amato, per cui il meccanismo dell’introiezione si rafforza egli si sente inoltre continuamente spinto a ripetere l’introiezione dell’oggetto buono in parte perché teme di essere stato privato dell’oggetto a causa del proprio cannibalismo e in parte perché teme i persecutori interiorizzati per opporsi ai quali ha bisogno di essere aiutato dall’oggetto buono”¹⁸.

Altra data fondamentale per la storia delle patologie alimentari è il 1914, quando Morris Simmonds compose i suoi studi successivamente alla morte di una ragazza per una grave forma di “cachessia ipofisaria”, una patologia che in seguito verrà chiamata “morbo di Simmonds”. Due anni più tardi egli pubblicò altri due casi simili, accomunati da uno stato estremo di deperimento e dell’atrofia del lobo anteriore dell’ipofisi; l’associazione di questi due elementi indusse il mondo medico ad associare erroneamente l’anoressia mentale al morbo di Simmonds, e questa confusione diagnostica durerà fino alla metà del secolo.

¹⁸ M. Francesconi, *L’appetito è un crimine? Adolescenza e cultura di un crimine*, Franco Angeli, Milano, 2004, p. 66.

La problematica sarà risolta da Harold Sheehan, il quale, nel 1937, dimostrerà che l'insufficienza ipofisaria non causa necessariamente una perdita eccessiva di peso e quindi si arrivò a capire che nelle anoressiche l'ipofisi è normale, e che questi casi di disordini ormonali sono la conseguenza e non la causa della denutrizione.

In seguito a questa scoperta, a partire dalla seconda metà del '900, l'idea di un'eziologia psicogena riferita all'anoressia riprese valore tanto che nel 1941, Wissler la definì "*Pubertàts Magersucht*" ovvero una mania puberale della magrezza, sottolineando la base psichica del disturbo.

Comunque, il problema delle patologie alimentari verrà preso seriamente in considerazione solo sul finire del '900, a causa di "un'epidemia" della malattia diffusasi tra le adolescenti americane. Infatti, sarà solo a partire dalla seconda metà XX° secolo che l'anoressia verrà studiata in modo approfondito e descritta come una vera e propria malattia.

Nota da oltre un secolo a un gruppo ridotto di specialisti ma del tutto sconosciuto alla maggior parte degli studiosi, l'anoressia nervosa, forma pericolosa e oscura di patologia psichica in cui un giovane, tipicamente di sesso femminile, si dà volontariamente la fame, divenne in poco tempo un'emergenza sociale.¹⁹ Questo disturbo può essere interpretato come un'eredità dell'isteria vittoriana, altra forma di disturbo sociale che ha caratterizzato il XIX° secolo.

¹⁹ R. Gordon, *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*, Cortina, Milano, 2004.

I due studiosi W. Vandereycken e Van Deth a questo proposito offrono un paragone calzante tra le due epoche:

“(...) oggi il corsetto delle donne vittoriane è stato sostituito dal corsetto dell’autocontrollo. La costrizione esterna del passato è stata sostituita da una costrizione interna: controlla il tuo corpo, mantieni un freno”²⁰.

Come l’isteria, anche l’anoressia nervosa sarebbe esistita per secoli in forme non strettamente cliniche ma le sue caratteristiche sarebbero state descritte come facenti parte del sacro e dello spirituale.

Comunque fu solo alla metà degli anni settanta che l’anoressia divenne veramente nota al pubblico americano, tanto che nel decennio successivo venne descritta alla stampa specialistica e da quella di opinione come “il problema psichiatrico degli anni Ottanta”.

Questo disturbo si impose bruscamente all’opinione pubblica in seguito, alla morte per arresto cardiaco della cantante Karen Carpenter, che era molto nota per la sua immagine di “ragazza della porta accanto” e significativo è un estratto della sua canzone “*I need to be in love*” nella quale la Carpenter sottolinea il suo bisogno d’amore e di comprensione:

“(...) *I know I need to be in love, I know I’ve wasted too much time, I know I ask
perfection of a quite imperfect world, and fool enough to think that’s what I’ll find*”²¹.

²⁰ W. Vandereycken, V. Deth, *Dalle sane anoressiche alle ragazze anoressiche. Il rifiuto del cibo nella storia*, Raffaello Cortina, Milano, 1995.

²¹ Dalla canzone “*I need to be in love*” dell’album “*Kind of Hush*” di Karen Carpenter 1976.

Questa morte evidenziò in modo drammatico gli aspetti autodistruttivi della malattia. In questo periodo, a fianco della già citata anoressia, un altro problema legato all'alimentazione iniziò a richiamare l'attenzione pubblica e professionale, vale a dire quel disturbo chiamato bulimia nervosa: malattia caratterizzata da abbuffate seguite da svuotamento dello stomaco. La bulimia era nota agli specialisti del trattamento dell'anoressia perché si verifica negli stadi avanzati del disturbo. Infatti, la bulimia nascerebbe dal fallimento dello stato anoressico, diventato insostenibile per il soggetto perché sfinito dalle conseguenze della malattia.

Se l'anoressia è una malattia contro la vita, impossibile da mantenere nel tempo, la fase bulimica rappresenterebbe il “comportamento orgiastico”²² di un soggetto diventato libero. La crisi bulimica è vissuta dal soggetto come un fallimento personale, è il non essere riuscito a mantenere una posizione di privazione sana, a vantaggio di un'esperienza liberatoria e di godimento.

È da evidenziare che quando si parla di “godimento” nella bulimia non si intende mai un godere di ciò che si mangia, ma un godere dell'attività infinita del mangiare stesso, ben al di là quindi del semplice piacere del gusto. Il desiderio di mangiare, infatti, non sembra essere così presente nella crisi bulimica, sembra esserci, invece, un atteggiamento compulsivo.

Massimo Recalcati, nel libro *Clinica del vuoto*, descrive questo atteggiamento bulimico sottolineando proprio come non esista il piacere del cibo ma solo un'irrefrenabile voglia di divorare ogni cosa.

²² P. Jeammet, *Anoressia bulimia. I paradossi dell'adolescenza interpretati da un grande psichiatra francese*, Franco Angeli, Milano, 2006.

“(...) Una spinta compulsiva che induce il soggetto a ripetere infinitamente l’atto di mangiare, come se il soddisfacimento non fosse relativo a quello che si mangia, ma la fatto di non smettere di farlo”²³.

Quindi tra l’anoressia e la bulimia potremmo affermare che esiste un rapporto quasi di sorellanza, anche se non è da escludere il fatto che si potrebbero manifestare separatamente.

Per quanto riguarda la storia della bulimia non sono pervenuti molti dati, ma solo pochi accenni. Uno di questi risale al IV secolo a.c., quando Senofonte nel libro IV dell’*Anabasi*²⁴ descrive un fenomeno di fame irrefrenabile che colpiva i soldati nelle spedizioni di guerra e che gli esperti chiamavano “Bulimia”. Tuttavia con la conoscenza di oggi, potremmo sicuramente affermare che quella di cui parla Senofonte non è l’odierna bulimia, ma un fenomeno molto più somigliante al *binge eating disorders*.

Anche Seneca, nel suo scritto *Consolatio ad Marciam*, deplora le bizzarrie alimentari compiute dai patrizi nei banchetti definendole un ciclo di abbuffate, vomito, nuove abbuffate:

“*vomunt ut edant, edunt ut vomant*”.

Comunque, anche per quanto riguarda la bulimia, dovremo aspettare ancora molti secoli affinché questa sia riconosciuta come vera e propria patologia. Il primo a descrivere la bulimia fu Cullin nel 1772, il quale parlò di “bulimia emetica” per

²³ M. Recalcati, *Clinica del vuoto; anoressie, dipendenze, psicosi*.

²⁴ Senofonte, *Anabasi*, Bur, Milano, 1978.

descrivere un'introduzione forzata di cibo seguita da rigurgito per l'eccessiva quantità. Solo nel 1979 ricevette la denominazione di bulimia nervosa: un disturbo che si poneva tra l'anoressia e l'obesità, con le stesse caratteristiche preoccupazioni delle anoressiche ma con il ciclo mestruale ed un peso ancora adeguato e con una alta frequenza di depressione. Col termine bulimia nervosa si ampliò il concetto precedente di bulimia che si riferiva alle sole abbuffate. Essa infatti, acquistò vasta notorietà solo a partire dagli anni '80 del '900 presso il pubblico statunitense in seguito a un'invasione di articoli divulgativi sulla stampa, tra cui un pezzo apparso nel 1981 sul *New York Times* che descriveva una ricerca condotta su una vera e propria epidemia del disturbo in un *campus* della *State University* di New York.

Sebbene il termine fosse già stato usato per dare una connotazione propria alla bulimia per descrivere un regime di iperalimentazione, è possibile che oggi la bulimia costituisca una variante dell'anoressia. Tuttavia, la stessa pluralità di nomi utilizzati per indicare questo disturbo è indicativo della mancanza di certezza sulla natura essenziale e sulla sua relazione con l'anoressia²⁵.

Anoressia e bulimia saranno descritte nel DSM-III, solo nel 1980; in questo manuale verranno inquadrati come categoria diagnostica, poi ampliata e ridefinita, nel DSM-IV-TR, i criteri per riconoscere un Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA).

²⁵ R. Gordon, *Anoressia e Bulimia, anatomia di un'epidemia sociale*.

1.2. Classificazione ed eziopatogenesi dei disturbi alimentari

Nella classificazione diagnostica dei disturbi del comportamento alimentare, sono sempre esistite numerose controversie. La classificazione proposta da Gerald Russel nel 1970 è quella su cui si basa il Manuale diagnostico moderno. Egli ritenne che per diagnosticare l'anoressia nervosa occorresse soddisfare tre criteri: una marcata perdita ponderale, una profonda paura di ingrassare e amenorrea per quanto riguarda le femmine, e un depotenziamento sessuale nei maschi.

Attualmente questi criteri sono inseriti nel DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi menali) e nell' ICD (*International Classification of Diseases*), che pur differenziandosi per alcuni aspetti, condividono i parametri fondamentali di diagnosi; il terrore di prendere peso, la dismorfofobia e infine l'utilizzo del BMI (Body Mass Index) per la quantificazione del calo ponderale.

L'anoressia e la bulimia nervosa sono le due sindromi principali alle quali si affianca un'ampia ed eterogenea categoria di disturbi dell'alimentazione atipici, (ENDOS) che comprende tutti quei disturbi che non soddisfano i criteri delle due sindromi maggiori. I disturbi denominati ENDOS (Eating Not Otherwise Specified), sono divenuti la categoria di disturbi alimentari maggiormente incontrata nella pratica clinica. Gli ENDOS presentano caratteristiche cliniche simili a quelle osservabili nell'anoressia e nella bulimia nervosa da cui si differenziano solo per l'entità della sintomatologia. Gli studiosi hanno cercato di individuare nella macro-categoria di questi disturbi atipici, due sottogruppi clinici: il gruppo dei disturbi alimentari chiamati "sottosoglia" e quello dei disturbi alimentari misti.

La classificazione DSM-IV è stata ideata per riconoscere le patologie alimentari in quanto chi ne soffre presenta aspetti comuni.

In particolare, le persone che ricevono una diagnosi di questo tipo condividono la medesima “psicopatologia specifica centrale”. Questa espressione è utilizzata per descrivere uno stato mentale caratterizzato da un’eccessiva valutazione dell’alimentazione, peso, forma del corpo e loro controllo e chiamata specifica perché è presente solo nei disturbi alimentari e non in altri disturbi mentali e centrale perché la maggior parte delle caratteristiche cliniche osservate negli individui con i disturbi dell’alimentazione deriva direttamente o indirettamente da essa²⁶.

L’espressione più caratteristica di questa psicopatologia è l’estrema preoccupazione per il peso. Infatti, tali soggetti o si pesano frequentemente o evitano di pesarsi mantenendo costante la paura di ingrassare. Un’altra espressione è la preoccupazione per la forma del corpo che a volte finisce col totale disprezzo di esso. L’unica caratteristica che non è una diretta espressione della psicopatologia specifica centrale è l’abbuffata. Quest’ultima sembra essere piuttosto una conseguenza della restrizione alimentare caratteristica dell’anoressia.

Inoltre, in tutti i disturbi del comportamento alimentare sono spesso presenti problemi psicologici generali come ad esempio i sintomi di depressione, ansia, in particolare gli episodi di depressione sono caratteristici della bulimia, mentre quelli ansiosi sono più comuni nell’anoressia.

Queste patologie nonostante siano caratterizzate da una sintomatologia evidente, in realtà velano qualcosa di più profondo, un disagio radicato nella persona che per

²⁶ I. Segnatore, *I disturbi del comportamento alimentare. Clinica, Interpretazioni e interventi a confronto*, Franco Angeli, 2013.

manifestarlo utilizza il linguaggio del cibo e del corpo e più nello specifico, il rifiuto del primo e di conseguenza, la mortificazione del secondo.

Così, l'anoressia, parola che etimologicamente rimanda a un'assenza di appetito, in realtà, questa definizione presenterebbe un errore epistemologico in quanto chi soffre di questa patologia avverte lo stimolo della fame ma lo rifiuta, imponendosi di non mangiare.

L'anoressia rappresenta, secondo la Bruch:

“(...) un tentativo di cura di sé, per sviluppare attraverso la disciplina del corpo un senso di individualità e di efficacia interpersonale. Le anoressiche trasformano la loro ansia e i loro problemi psicologici attraverso la manipolazione della quantità e della dimensione del cibo assunto”²⁷.

Al contrario della bulimia, l'anoressia è caratterizzata da una forte restrizione alimentare e nei casi più gravi, il paziente finisce per suicidarsi o muore per il deperimento causato dal digiuno.

La persona che soffre di anoressia nervosa, presenta alterazioni sia nell'aspetto che nel funzionamento dell'organismo come, ad esempio, la temperatura del corpo molto bassa e bradicardia; il numero di battiti, infatti, risulta inferiore ai sessanta al minuto; il torace, l'addome e la schiena possono inoltre presentare una peluria lanuginosa.

Nel caso dell'anoressia nervosa i segnali da non sottovalutare sono i seguenti: il più importante e anche evidente è una perdita di peso considerevole seguita da una forte

27 Bruch H (1982), Psychotherapy in anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorder, 1, 4, 3-14.

preoccupazione per il cibo, per la dieta e l'ossessivo conteggio giornaliero delle calorie. Inoltre la persona rifiuta di mangiare determinati alimenti, come carboidrati o grassi, evita i pasti o di mangiare di fronte ad altre persone ritenendo questa attività vergognosa. Uno fra i sintomi più allarmante è preparare cibi luculliani per gli altri, ma rifiutarsi di mangiarli. Questo perché anche i sentimenti, per chi soffre di un disturbo alimentare, passano attraverso il cibo e quindi preparare dei cibi succulenti per qualcuno vuol dire volergli molto bene, vuol dire, per chi soffre di anoressia, permettergli di esaudire i propri desideri.

Infine ma non per importanza, una peculiarità della persona che soffre di disordine alimentare è, soprattutto nella prima fase della malattia, chiamata “luna di miele”, sentirsi euforica, felice e spensierata; è una situazione transitoria e spesso forviante, e la caratteristica principale è la negazione che l'estrema magrezza sia un problema (fase egosintonica), questo perché il soggetto pensa di essere riuscito a trovare una soluzione al proprio disagio esistenziale e quindi non ha la consapevolezza dei propri comportamenti disturbati, considerando il proprio atteggiamento logico e coerente. Anche l'eccessiva attività fisica sembra normale; è incredibile notare, infatti, come corpi scheletrici possano sopportare un'attività così intensa e stremante²⁸. In realtà l'anoressia nervosa come la “sorella” bulimia è un disturbo psichiatrico molto serio che necessita un intervento multidisciplinare in un centro specializzato.

Per quanto riguarda l'eziologia e la patogenesi dei DCA sono ancora presenti molti dubbi e, sebbene sia presente una indiscussa predisposizione genetica e l'intervento di un insieme di fattori di rischio, niente si sa dei processi causali a livello individuale, di come interagiscono e variano nello sviluppo e nel decorso della

²⁸ M. A. Galanti, *Sofferenza psichica e pedagogia, Educare all'ansia, alla fragilità e alla solitudine*.

malattia. Sembra che il modello che più si avvicinerebbe alla complessità dell'eziologia e della patogenesi dei disturbi del comportamento alimentare, sia quello multifattoriale, quindi tali patologie non sarebbero l'effetto di una sola causa ma la combinazione di più elementi: biologici, psicologici, familiari e ambientali, preesistenti all'insorgere del disturbo e che aumentano la possibilità di rimanerne colpite.

L'anoressia nervosa che a livello di epifenomeno si manifesta come la compulsione a rifiutare di nutrirsi, a livello più profondo in realtà celerebbe un rifiuto corporeo della femminilità. Ben presto, infatti, al sintomo principale, si associa l'amenorrea e il ridursi dei caratteri sessuali secondari e più in generale della femminilità stessa.

Quando si parla di anoressia occorre, del resto, fare una distinzione tra il sintomo (non mangiare) e la sindrome (dismorfofobia)²⁹. In realtà il rifiuto di nutrirsi sarebbe solo una conseguenza della dismorfofobia cioè della distorta percezione di sé: una ragazza che soffre di DCA, infatti, tenderà a vedersi grassa anche se ridotta pelle e ossa.

La persona affetta da disordine alimentare, pensa, illudendosi, che, controllando ossessivamente il cibo, riesca non solo ad essere padrona della propria vita ma anche a sentirsi più serena a livello interiore.

Il confine tra comportamento normale e patologico per questo tipo di disturbo non è così semplice da individuare perché il sintomo, in principio, può manifestarsi in maniera subdola, come un'innocua dieta; il comportamento, però, può diventare in breve tempo un circolo vizioso che devia dal controllo dell'individuo e prende il sopravvento sulla sua vita.

²⁹ M.A. Galanti, *La sofferenza psichica. Educare all'ansia, alla fragilità e alla solitudine*.

Per quanto riguarda la bulimia, parola che etimologicamente significa “fame da bue”, si parla di una sindrome caratterizzata da episodi di “orge alimentari”: uno stimolo compulsivo spinge il soggetto che ne soffre a ingurgitare grandi quantità di cibo per poi assumere comportamenti purgativi, quali induzione del vomito e impiego eccessivo di lassativi, digiuno o esercizio fisico esagerato, al fine di compensare l'eccesso di cibo iniziale.

La persona affetta da bulimia nervosa, non diventa magra da morire, tuttavia, il normo peso nasconde un'intensa paura di ingrassare e dismorfofobia. La vergogna e il disgusto per questa condizione porta a nascondere i comportamenti disfunzionali e a isolarsi.

Nonostante la bulimia possa in apparenza sembrare meno grave rispetto all'anoressia, in quanto non presenta una perdita di peso eccessiva, in realtà forse, proprio per questo fatto è più pericolosa. Infatti, una persona che soffre di anoressia è facilmente riconoscibile, mentre una che soffre di bulimia no e quindi più difficile da aiutare. La persona che soffre di bulimia, solitamente, vive la scissione di un falso Sé di donna sicura ed emancipata, spesso affermata professionalmente, e un vero Sé segreto, legato alla fragilità e al senso di vuoto, che si esprime con la pratica dell'abbuffata. Quest'ultima avviene senza testimoni così come il successivo vomito autoindotto.

Sembra che nell'orgia bulimica non vi sia posto per il piacere, gli alimenti vengono ingurgitati in fretta e accostati in modo casuale, raggiungendo in una sola volta anche 5000 calorie. Il segreto notturno del bagno e della cucina, consumato in un clima di neutralità affettiva, lascia presto il posto al buio dei sensi di colpa e della vergogna,

alla depressione e alla rabbia per la propria incapacità di autocontrollo³⁰. Indursi il vomito, oltre che a un disagio psicologico, porta la persona a un indebolimento fisico che si verifica con amenorrea, carenza di potassio magnesio e sodio, disidratazione e una diminuzione della funzione del muscolo cardiaco.

Parallelamente alle descrizioni manualistiche, nel 1990, Gordon suggerì un'altra classificazione per l'anoressia e la bulimia, nello specifico suggerì l'idea che queste potessero essere considerate come “disturbi etnici”.

“Non devi impazzire, ma se lo fai, ecco come devi farlo”³¹.

Prima di vedere in che modo queste patologie possano essere racchiuse sotto la nomenclatura di “disturbi etnici” è d'obbligo una precisazione; l'attenzione estrema all'immagine corporea, il culto della magrezza non sono la “causa” dei disturbi alimentari. La loro funzione sembra piuttosto essere quella di strumenti attraverso i quali esprimere un disagio più profondo che riguarderebbe conflitti interni anche al contesto sociale di appartenenza e che in alcuni casi sono anche l'immagine di quel particolare contesto in cui si sviluppano.

Il padre dell'etnopsichiatria, disciplina piuttosto recente che studia la specificità di certi disturbi in corrispondenza all'ambiente culturale di insorgenza e non riducibili a categorie psichiatriche universalmente riconosciute o condivise, è Devereux, il quale nel 1955 parlò di “disturbo etnico”. L'uso che Devereux fa del termine etnico è quello di “cultura”, o comunque di quanto è “fondamentalmente inerente ad una cultura”. D'altra parte un disturbo etnico è una forma di malattia che, in virtù di

³⁰ M.A. Galanti, *La sofferenza psichica. Educare all'ansia, alla fragilità e alla solitudine*.

³¹ G. Devereux. (1970), *Essais d'ethnopsychiatrie générale, Saggi di Etnopsichiatria generale*. Armando Editore, Roma, 2007.

dinamiche interne, arriva ad esprimere le contraddizioni cruciali e le angosce essenziali di una determinata società.

Nel suo saggio Devereux enumera una serie di criteri fondamentali che permettono di qualificare una sindrome come disturbo etnico e che possono essere così riassunti: il disturbo si verifica di frequente nella cultura in questione rispetto ad altri tipi di patologia psichica; esiste una certa continuità fra i sintomi del disturbo, le loro dinamiche e gli elementi “normali” della cultura; il disturbo mostra conflitti fondamentali e tensioni psicologiche normalmente diffuse nella popolazione; il disturbo è la tappa finale, comune, per l’espressione del disagio psichico e di una grande varietà di problemi personali; i sintomi includono spesso comportamenti che in situazioni normali vengono considerati positivi; il disturbo è un modello di cattiva condotta che dà la possibilità a chi lo attua di comportarsi in modo deviante e irrazionale, pur rimanendo all’interno di ciò che è socialmente accettato; poiché infine il disturbo si fonda su comportamenti socialmente accettati, acquista una certa notorietà nella cultura e sviluppa un suo proprio modo di proporsi.

Come afferma Devereux:

“Ogni società comporta non soltanto aspetti “funzionali”, mediante i quali essa afferma e mantiene la propria integrità, ma anche a un certo numero di credenze, dogmi e tendenze che contraddicono, negano e scalzano non soltanto le operazioni e le strutture essenziali del gruppo, ma talora persino la sua esistenza stessa”³².

³² G. Devereux, *Ethnopsychanalysis: psychoanalysis and anthropology as complementary frames of reference* (1978), *Etnopsicoanalisi complementarista*, Franco Angeli, Milano, 2014.

L'*Amok*, ad esempio, è una forma di violenza omicida che si osserva nella popolazione maschile della Malaysia, dell'Indonesia e della Nuova Guinea.

La follia esplosiva tipica di questo disturbo si verifica di norma in risposta ad un insulto o come conseguenza dell'accumulazione delle piccole tensioni quotidiane.

Dopo una fase iniziale di riflessione, il soggetto inizia a picchiare indiscriminatamente familiari ed estranei, giungendo spesso anche ad uccidere, nel corso di un solo episodio, un gran numero di persone e cadendo in seguito in uno stato di abulia amnesica. Le dinamiche dell'*Amok* sono state esaminate attraverso un recente studio, dove si ipotizza che tale comportamento sia la risposta a una cultura che richiede un grado elevato di controllo dell'aggressività e un grande rispetto per l'autorità e pertanto l'*Amok* deve essere inteso come una forma di fuga, una scappatoia per l'individuo che si trova in una situazione insostenibile di disagio, e che non abbia altro modo per scaricare gli enormi quantitativi di aggressività repressa³³.

Gordon, all'interno della sua analisi su anoressia e bulimia, suggerisce come questi fenomeni possano essere considerati "disturbi etnici", quindi, come espressione psicopatologica, un modo con cui la cultura esprime i suoi paradossi.

³³ R. Gordon, *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*, cit. p.9.

2. CAPITOLO: I DISTURBI ALIMENTARI IN RELAZIONE AL CONTESTO SOCIALE

2.1. Obesità, volontà, magrezza e perfezione

Il disturbo anoressico-bulimico esprime lo spirito del tempo attuale, si fa riflesso di una società in cui l'estetica diventa fondamento dell'etica, capovolgendo i canoni presenti fino a qualche decennio prima.

“I disturbi del comportamento alimentare assumono, come altri disturbi del comportamento soprattutto nell'adolescenza, il significato di comportamenti adattivi, un tragico tentativo terapeutico nei confronti di una situazione di minaccia, di invasione di un Io che si avverte incapace di gestire lo stress e che percepisce tutto il proprio appetito verso l'esterno, ma lo vive come una minaccia alla sua identità, una minaccia di perdita dei limiti, di dissolversi nell'oggetto del bisogno”³⁴.

Nel corso della storia dell'umanità infatti, la magrezza non è sempre stata considerata una virtù, anzi, piuttosto era sinonimo di povertà e salute cagionevole. Il canone per eccellenza era rappresentato dal grasso che invece era indicatore di ricchezza e di buona salute.

³⁴ H. Bruch, *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*, tr. *Patologia del comportamento alimentare: obesità, anoressia mentale e personalità*, Feltrinelli, Milano, 1977.

Alcuni esempi di questo *status* si ritrovano nella letteratura; Shakespeare nell'opera *Giulio Cesare*, fa chiedere al protagonista di esser circondato da uomini grassi, in quanto considerati meno minacciosi:

“(...) Lasciate che mi stiano intorno uomini grassi, dalla faccia paffuta, come il sonno della notte: Gaio Cassio scarno e affamato è d’aspetto; egli pensa troppo: questi uomini sono pericolosi. Come vorrei che fosse più grasso!”³⁵.

Un altro esempio di quanto nei secoli passati una corporatura obesa non fosse oggetto di critiche ma anzi, apprezzata e giudicata indicatore di buona salute è offerta dalla filosofia, in particolare da David Hume, il quale nella sua “*Lettera a un medico*”, racconta dell’appetito voracissimo che lo colse d’improvviso nel Maggio 1731 e di come questa ingordigia lo portò nel giro di sei settimane a diventare dal magro e allampanato ragazzo che era, nel:

“(...) tipo più robusto, gagliardo e pieno di salute che tu abbia mai visto, con un aspetto rubicondo e un’espressione allegra”.

Oggi invece l’obesità è considerata una vera e propria patologia alimentare collocata accanto alle più famose anoressia e bulimia.

Il termine “obesità” risale al 1610 e la sua etimologia latina rimanda al concetto di “grassezza”, infatti, è comunemente riconosciuta come un accumulo eccessivo di grasso nei tessuti adiposi del corpo.

³⁵ W. Shakespeare, *Giulio Cesare* (1599), ATTO I, scena II, Feltrinelli, Milano, 2000.

Nonostante possa apparire meno drammatica delle altre patologie alimentari, in realtà comporta anch'essa un grave rischio per la salute. La causa visibile dell'obesità risiederebbe nell'introito di calorie superiore a quelle bruciate. Come per l'anoressia e la bulimia anche in questo caso, quando si cerca la causa di questa malattia, è lecito parlare di multifattori; una predisposizione genetica, fattori ambientali e familiari, invecchiamento e gravidanze sicuramente potrebbero contribuire ad accumulare peso. Le conseguenze sulla salute sono molte e varie; dall'aumento del rischio di morte prematura a diversi disturbi debilitanti e psicologici che, nonostante non siano letali, compromettono la qualità di vita dell'individuo; uno su tutti la predisposizione all'insorgenza del diabete mellito di tipo 2. Oltre a queste problematiche fisiche, l'obesità, nella società di oggi è anche condannata a livello estetico: i canoni di bellezza infatti hanno sostituito dal lontano binomio grassezza-bellezza, l'odierno magrezza-perfezione.

Il fenomeno della tirannia della magrezza implica un dualismo che non riguarda la mente quanto la volontà anteposta al corpo. Quando una persona si ossessiona per raggiungere un certo peso rinunciando al cibo, lo fa per un atto di volontà. Non vuole mangiare anche se ha appetito. È una scelta che porta il corpo a essere assoggettato alla volontà. La sensazione di essere padroni del proprio corpo rende liberi e forti.

Sul tema della volontà, Schopenhauer, nella sua opera *Il mondo come volontà e rappresentazione*³⁶, ne offre una spiegazione esaustiva; per lui, la conoscenza, la consapevolezza umana e la razionalità sono soltanto fenomeni, pura apparenza, il *noumeno* (la cosa in sé) è coperto da un velo di Maya, che serve a nascondere alla vista l'orrore della volontà cieca e irrazionale, che è il fondamento del fenomeno.

³⁶ A. Schopenhauer, *Il mondo come volontà e rappresentazione*, Mursia, Milano, 1982.

“Il mondo è una mia rappresentazione: ecco una verità valida per ogni essere vivente e pensante”³⁷.

Egli però indica un modo per accedere al mondo della volontà: il corpo che viene definito come “volontà visibile”. Ogni uomo sa per intuizione che è corpo che soffre per il bisogno e gioisce per la soddisfazione. Quindi per Schopenhauer la vita non è altro che un alternarsi di noia e dolore con piccoli intervalli di felicità.

“(…) La vita umana è come un pendolo che oscilla tra dolore e noia, con intervalli fugaci e illusori, di piacere e di gioia”³⁸.

Appare evidente che il corpo è l’espressione della volontà, tanto che il volere e l’azione del corpo che ne consegue sono un’unica cosa. Ma il filosofo afferma anche che il mondo della volontà non è soggetto a regole, la volontà che muove il corpo è irrazionale e cieca. Il problema che Schopenhauer si pone è come possa l’uomo, essendo schiavo della volontà, liberarsi da essa.

Egli proporrà la via della *noluntas*, ovvero della negazione della volontà, realizzabile attraverso l’asceti, il cui carattere principale è la castità, quindi dall’astinenza dai piaceri del corpo e del cibo. Questa idea di volontà che ha descritto il filosofo, sembra essere quanto mai attuale per riflettere in senso filosofico sui disturbi alimentari, in modo particolare sull’anoressia. Infatti è evidente che nell’anoressia è la volontà e non la mente a influenzare le scelte e i comportamenti disfunzionali; è

³⁷ A. Schopenhauer, *Il mondo come volontà e rappresentazione*.

³⁸ A. Schopenhauer, *Il mondo come volontà e rappresentazione*.

sempre la volontà a far rinunciare al cibo e questo rifiuto ha una natura irrazionale, inconscia, e tale rifiuto viene spesso intrapreso con lo scopo di purificare l'anima.

La volontà è il nostro istinto vitale che ci porta a esaltare la nostra esistenza: nella società odierna, dove sono incoraggiati i canoni della magrezza e viene riscoperta l'importanza del corpo, la volontà di rinunciare al cibo sembra trovare quindi una risposta positiva.

“I disturbi alimentari tra cui l'anoressia, vengono indicati spesso come malattie della modernità; proprio in un'epoca in cui si riscopre l'importanza del corpo, lo si modella, lo si mette in mostra e lo si utilizza come veicolo di comunicazione, ci si trova a fare i conti con delle patologie che distruggono il corpo fino a renderlo scheletrico e indesiderabile. Sembra che oggi la bellezza sia inscindibilmente legata alla felicità, ma in alcuni casi, purtroppo sempre più frequenti, essa non assume sembianze armoniche ed energiche, piuttosto forme diafane e asessuate. Possiamo affermare che nel nostro secolo la bellezza sia stata definitivamente strappata alla tirannia della natura. Essa rappresenta ormai un obiettivo democraticamente raggiungibile da molte più persone di quante non ne eleggesse la sorte”³⁹.

Ovviamente non è da demonizzare l'esser magri di costituzione ma è da rifiutare il dover essere magri a tutti i costi pena l'esser messi in ridicolo o peggio ostracizzati.

Tante ragazze, infatti, si sentono come se una legge morale, un imperativo kantiano, riassunto nella formula: “devi dunque puoi”, imponesse loro di darsi la fame per raggiungere un fantasmagorico ideale di perfezione in ogni aspetto della loro vita, *in primis* quello fisico, convinte che l'aspetto esteriore sia la sola vera chiave per avere

³⁹ I. Testoni, *Il dio cannibale. Anoressia e culture del corpo in Occidente*, UTET, Roma, 2001, p. 44-45.

successo e sentirsi realizzate. In questo modo, i concetti di bellezza e perfezione si trovano mescolati: per essere belle e quindi socialmente accettate bisogna diventare perfette e di conseguenza magrissime. Il controllo del peso farebbe parte della lotta per l'autonomia e l'abilità. Si tratta di ragazze che si sentono deboli e prive di valore. Questo Sé deficitario, espressione della paura di essere vuote e malvagie interiormente, deve essere celato mettendo in atto un comportamento perfezionista e compiacente teso a soddisfare l'enorme bisogno di piacere agli altri e di essere buone e a ottenere approvazione e lodi da parte dei genitori e dell'ambiente.

Per Hilde Bruch, la preoccupazione legata al cibo e al peso è una manifestazione tardiva di un più importante disturbo relativo al concetto di sé. Le descrizioni che ne offre, sembrano rimandare al concetto winnicottiano di Falso Sé, per sottolineare il comportamento compiacente della bambina che diventerà anoressica, diretto a rassicurarsi di non essere abbandonata. La persona che soffre di anoressia vive attraverso gli occhi dell'altro, al quale cerca di nascondere l'impresentabile vero Sé, indossando una maschera che nel caso dei disturbi del comportamento alimentare è il corpo.

Un corpo magro è un corpo sacrificale e non occupa molto spazio nel mondo, questa è la preoccupazione più frequente in una ragazza malata. La magrezza diventa così l'unico aspetto di sé che si possa esibire in quanto dimostrazione della capacità di rinunciare a tutto e a tutti tra persone che sembrano invece dipendere da ogni tipo di bisogno.

Quindi il corpo eccessivamente magro in questa società non solo viene incoraggiato ma addirittura esaltato. Ambienti nei quali questo atteggiamento si verifica sono per lo più quello della danza e della moda.

Infatti, le ricerche sui fattori di rischio per lo sviluppo dei disturbi alimentari, già negli anni '80 avevano individuato nella danza, soprattutto quella classica, un terreno favorevole per lo sviluppo di patologie alimentari. Questo perché per fare la ballerina è necessario corrispondere a dei canoni ed avere delle doti fisiche che sono al limite della natura umana. La danza classica, infatti, è sinonimo di arte e leggerezza, di ideali assoluti e femminilità.

Quindi, la preoccupazione per il peso e per la forma fisica perfetta, affliggono gli aspiranti danzatori delle scuole professionali e non, specialmente se l'ambiente è competitivo.

Per la danzatrice un problema in più è rappresentato dalla necessità di presentare un'immagine corporea particolare, dovendo mantenere un fisico androgino e nello stesso tempo un alto livello di prestazioni atletiche. Infatti una ballerina non deve superare una certa soglia di peso, 50kg circa, qualsiasi altezza abbia, andando quindi anche contro quella che sarebbe la sua naturale costituzione. Le persone che praticano queste discipline sono così costantemente spinte a tenere sotto controllo il loro peso corporeo e di conseguenza la loro alimentazione a scapito della loro serenità e della salute psicofisica; divorate dai sensi di colpa e dalla paura di deludere le aspettative, per loro diventa prassi astenersi dal cibo o indursi il vomito ossessionate dal prendere peso che equivarrebbe a non essere più ballerine.

L'altro ambito che favorirebbe l'insorgere di disturbi alimentari è quello rappresentato dai canoni richiesti dall'alta moda. Nel selezionare le modelle infatti sarebbe richiesta la taglia 38 ma, pensando al fatto che le modelle debbono essere più alte di 1,70cm, ciò sembra assurdo. Il fatto che debbono avere una taglia così ridotta

sembra essere dovuto al fatto che ciò che deve essere esalto è il vestito e non la persona.

Così, la moda uccide l'individuo togliendoli la propria identità di persona. Si potrebbe fare un paragone, anche se considerato con la giusta attenzione, con i numeri che vennero tatuati sulle braccia degli ebrei durante il nazismo. A loro venne tolta la dignità di persone, erano solo numeri; e così in questo modo, non essendo considerati persone erano costretti a subire qualsiasi tipo di torto senza ribellarsi. Nel meno drammatico contesto della moda, questa tendenza a considerare le persone come numeri, in quanto costrette a corrispondere a una taglia 38, pena l'esclusione o sentirsi etichettata come "grassa", rimane una costante.

L'aspetto peggiore di tutto questo è che le ripercussioni non si limitano al campo della moda ma si estendono alla società in generale vanno a colpire i più indifesi, gli adolescenti i quali non avendo ancora una sufficiente consapevolezza di se stessi, ne possono rimanere vittime. Infatti, le modelle sono prese come punti di riferimento dalle più giovani che guardandosi allo specchio si sentono inevitabilmente, inadeguate.

A questo punto sembra spontaneo domandarsi come mai l'attenzione al corpo magro sia imperante in questa società definita invece dell'opulenza. Le patologie alimentari, infatti, vengono rappresentate nell'immaginario collettivo come portatrici di un'inconsapevole segno dell'aspetto distruttivo dell'opulenza. Tale aspetto distruttivo può tradursi nel rifiuto del cibo o nella fame insaziabile, di tipo esistenziale oltre che materiale⁴⁰.

⁴⁰ M. A. Galanti, *La sofferenza psichica. Educare all'ansia e alla fragilità e alla solitudine*.

Nell'epoca della globalizzazione il rapporto con il cibo è sempre meno influenzato dalla natura e sempre più dalla cultura, almeno nelle società opulente. Nel contesto sociale moderno è presente una discrepanza tra il consumismo dilagante e il grande valore che viene sempre più attribuito all'autocontrollo. La magrezza assurge a simbolo di raffinatezza e di prestigio, di decoroso contenimento dei bisogni. Sembra quasi un controsenso, ma oggi esistono donne che si lasciano morire di fame, predicando una nuova forma di ascetismo: ottenere il piacere attraverso la negazione di sé.

Non è un caso che i disturbi alimentari come ad esempio l'anoressia siano conosciuti anche come: "malattie del benessere". Questo paradigma appare veramente paradossale, sembra assurdo infatti avvicinare la malattia al benessere; eppure, quando si parla di disturbi alimentari questi due termini così contrastanti tra loro, sono in realtà indivisibili.

"L'anoressia è stata sempre considerata un disturbo dei ricchi, la sindrome della ragazza ricca, ricorrendo, in modo semplicistico, a fattori quali appunto l'abbondanza di cibo e la disponibilità materiale, come se ciò potesse spiegare perché una persona si riduca alla fame"⁴¹.

Le vittime dell'anoressia, come afferma la Bruch, sono, spesso, ragazze adolescenti, figlie modello di "buona famiglia" che si sentono imprigionate da mete irraggiungibili e aspettative irrealizzabili. Sembrano chiuse in una "gabbia d'oro" di privilegi nella quale sentono di non essere al proprio posto e di non poter sopravvivere.

⁴¹ R. Gordon, *Anoressia e Bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*, cit. p.51.

Quindi, appare evidente come l'anoressia non sia una patologia legata alla mancanza di cibo o dei mezzi per procurarselo, quanto piuttosto la manifestazione estrema di un disagio esistenziale che colpisce in modo particolare le ragazze benestanti.

Come spiega Gordon, il motivo per cui l'anoressia è sempre stata considerata un disturbo dei ricchi risiederebbe all'interno di dinamiche familiari dove sono presenti molte aspettative di successo e nello stesso tempo opinioni ambigue sul ruolo sociale della donna:

“(...) il sistema di valori della classe media, in quanto genera conflitti nelle donne soprattutto nelle famiglie che danno grande importanza al successo esprimendo contemporaneamente messaggi ambivalenti sull'indipendenza femminile, sia all'origine della distribuzione sociale di questa patologia”⁴².

McClelland e Crisp, nel 2001, indagarono sulla prevalenza di disturbi del comportamento alimentare nelle classi sociali più elevate con lo scopo di verificare se anche le pazienti provenienti da classi sociali diverse presentassero differenze cliniche. Nello studio sono state incluse donne che rispettavano i criteri diagnostici di anoressia nervosa presenti nel DSM-IV e nell'ICD, in un arco di tempo che va dal 1960 al 1993. La classe sociale venne stabilita sulla base del *Great Britain Office of Population Census and Survey* sull'occupazione del padre.

⁴² R. Gordon, *Anoressia e Bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*, cit. p.52.

Il campione era formato da più di 600 donne. I risultati di tale ricerca evidenziarono che non intercorreva nessuna differenza nella proporzione con cui le classi sociali presentavano i fattori clinici presi in considerazione quali: la perdita di peso, durata del disturbo, abbuffate, e poi vomito e uso di purgativi. Il dato interessante è che lo studio ha confermato che tali patologie colpirebbero la classe sociale più agiata⁴³.

Si evince pertanto che la causa di tale malattia sia da ricercare nell'atteggiamento incoerente che spesso le famiglie facoltose assumono nei confronti delle figlie richiedendo a queste di essere: da una parte emancipate e di successo e dall'altra invece donne nell'accezione più maschilista del termine.

⁴³ L. McClelland, A. Crisp (2001), *Anorexia nervosa and social class*, *International Journal of Eating disorders*, VOL.29, pp.150-156.

2.2. I *mass-media*, i disturbi alimentari e il *cyberbullismo*

I *mass-media* producono e distribuiscono conoscenze, informazioni, interpretazioni della realtà cercando di imporre modelli di comportamento.

Questi mezzi di comunicazione di massa come la televisione, i giornali, la radio ecc., sono pericolosi perché utilizzano un linguaggio programmato e quindi non spontaneo, con il risultato di condizionare l'opinione pubblica e in particolar modo gli adolescenti, creando illusioni e miti irraggiungibili.

Nel caso della televisione, ad esempio, durante gli *spot* pubblicitari, la comunicazione è caratterizzata da immagini che in molti casi, più o meno direttamente, riguardano la donna e nello specifico il suo corpo e, in quanto digitalmente modificato, distorcono la realtà proponendo falsi ideali di bellezza e un modello corporeo al quale tutte le generazioni tendono ad aderire, percependo il loro aspetto come non adeguato o peggio inaccettabile. Le immagini sono comunicazione, memoria, sapere, educazione, uno specchio preciso di alcuni comportamenti.

Molti pubblicitari, di fronte a tutto questo, potrebbero replicare che non è la pubblicità in sé a creare valori ma che essa assorbe semplicemente quelli già esistenti e accettati nel contesto sociale e che semmai li divulga. Se ciò fosse vero, risulterebbe evidente che vengano scelti quei valori condivisi dal pubblico a cui vuole arrivare tale messaggio pubblicitario. Così, un qualsiasi valore sociale più o meno condiviso diventerebbe grazie alla pubblicità, portatore di un principio connaturato.

È un fatto evidente che la pubblicità sia diretta prevalentemente alle donne, in quanto individui meno logici e più emotivi rispetto a un uomo e quindi più facili da

convincere. Inoltre la donna è consumatrice per antonomasia e non tanto per scelta quanto come risposta a una serie di emozioni. Quindi, la donna non compra tanto per soddisfare dei bisogni precisi ma piuttosto come appagamento personale. Pertanto, il pericolo dei messaggi pubblicitari è quello di essere assorbiti da un pubblico che, in quanto compra per uno slancio emotivo, non è propriamente lucido e quindi più predisposto allo sviluppo di patologie.

L'esempio più lampante è dato da tutte quelle pubblicità che sfruttano il corpo femminile, (spesso digitalmente modificato) per invogliare le donne a inseguire una forma fisica che non corrisponde alla realtà.

A questo proposito è interessante la protesta dell'attrice Kate Winslet, la quale si è resa protagonista di una polemica quando la rivista inglese *GQ* pubblicò una foto della stessa digitalmente modificata per farla apparire ancora più magra.

Questo esempio per far capire come ciò che viene proposto dai *mass-media* è sempre forviante e non corrisponde quasi mai alla realtà.

Così è fondamentale per chi si trova spettatore avere una certa consapevolezza di sé e del mondo circostante per non rimanerne vittima. Risulta pertanto importante analizzare l'influenza che possono avere questi mezzi di comunicazione sugli esseri umani e in modo particolare sugli individui affetti da disturbi alimentari: in questi soggetti, il cui livello di autostima dipende soprattutto dal giudizio degli altri, una delle principali preoccupazioni è quella di assomigliare ai modelli prescelti spesso propinati proprio dalla televisione. In particolare, nella pubblicità degli alimenti il cibo viene spesso associato alla forma fisica esemplare, alla linea e alla leggerezza. Dilaga un imperativo categorico: il termine "*light*" scritto e pubblicizzato su, ormai, la maggior

parte degli alimenti. L'essere magri corrisponde a uno schema vitale, a un qualcosa di necessario che deve essere così e non può essere altrimenti.

Così, l'insistere troppo sul tema della magrezza può rinforzare gli atteggiamenti e le convinzioni di coloro che già intrattengono un rapporto conflittuale con il cibo. Per una ragazza, l'ideale di vita può essere quello di somigliare alle modelle, magrissime, presenti su tutti i *mass-media*. Così, dimagrendo fino alle ossa, pensano di poter ottenere quel giudizio positivo a cui tanto aspirano, poiché finalmente corrisponderanno a quei canoni di "perfezione" richiesti dal contesto sociale e familiare in cui vivono.

Come afferma la Professoressa Maria Antonella Galanti in un'intervista⁴⁴:

"Il corpo e il potere hanno un rapporto strano e paradossale. Il corpo della donna fino a pochi decenni fa era controllato perché nascosto, non poteva essere esibito. Negli anni '30 una nuotatrice fu arrestata perché nuotò con un costume intero e quindi, mostrava le gambe. Oggi invece il controllo sul corpo è diverso: il corpo deve essere esposto ma viene esposto da altri, non è la persona che si espone, ma sono altri che obbligano a esporre un corpo che deve essere perfetto al di là dei limiti che si possono raggiungere. Quindi creando modelli irraggiungibili e frustranti. Dall'altra parte il corpo esprime il disagio della persona al posto della parola e questo significa che non parla più il suo linguaggio ma parla un linguaggio indiretto, anche attraverso tensione distruttiva e morte. Accade in alcune patologie, come per esempio l'anoressia, che portano a rendersi brutti per voler essere belli fino a perdere la stessa esistenza e questo è un paradosso. Viviamo nell'epoca delle fobie rispetto al corpo; ne è esempio la lipofobia che non è lotta

⁴⁴ "Corpo e potere. La complessità delle relazioni umane", intervista pubblicata di luglio 2012 su YouTube.

all'obesità ma lotta alla carne quale che sia e significa ossessione della dieta incoraggiata anche a livello mediatico. Il corpo, paradossalmente, ha cominciato a diventare un'espressione di potere anche perversa da parte del soggetto, perché l'anoressica che rischia di morire di fame o chi soffre di attacchi di panico, che mimando un infarto, tiene in scacco la famiglia, diventa il piccolo tiranno di un microcosmo attraverso il corpo: bisogna che il corpo sia malato perché abbia un potere, e questo è un modo perverso di acquisirlo attraverso appunto il corpo”.

In questo modo, migliaia di ragazze rischiano di cadere in quella trappola che a volte si rivela fatale a scapito delle relazioni sociali: infatti, il loro mondo affettivo si riduce a una sola i(dea) che è appunto quella di essere magre a tutti i costi.

Così, la patologia alimentare, per i suoi legami con l'identità corporea, (che mai come in questa epoca governata dalla tecnologia, è connessa alla sicurezza di sé), con il cibo, con l'ossessiva attenzione all'apparenza, si presta a rappresentare la metafora del nostro tempo, ad esprimere molti dei grandi temi, paure, contraddizioni della nostra epoca.

L'influenza dei *mass-media*, sembrerebbe anche una delle cause nello sviluppo di disturbi alimentari tra gli uomini, anche se con alcune caratteristiche diverse. Mentre alla donna viene proposta un'immagine eterea e di estrema magrezza; l'uomo ideale invece, deve essere muscoloso.

Per lungo tempo è prevalsa l'opinione che i disturbi del comportamento alimentare fossero patologie appartenenti esclusivamente al genere femminile, tuttavia questo fenomeno drammatico sta iniziando a diffondersi sempre di più anche tra il genere maschile e un fattore di rischio sembra proprio essere rappresentato dai modelli che imperano nelle campagne pubblicitarie.

Recentemente, quindi, per descrivere la grande varietà di disturbi del comportamento alimentare non si parla più solo di ragazzine adolescenti, ma anche di uomini che loro malgrado, iniziano a essere coprotagonisti di un più ampio spettro dei DCA; Andersen⁴⁵ riterrebbe in particolare che gli uomini anoressici e bulimici rappresenterebbero il 20-25% della popolazione totale e che le caratteristiche cliniche dei maschi anoressici siano del tutto compatibili con quelle femminili.

Hilde Bruch⁴⁶, invece, ha evidenziato dei casi di disturbi del comportamento alimentare tra uomini considerati come “disturbi atipici”, per i quali ipotizzava differenze con quelli femminili, sia per quanto riguarda la fenomenologia clinica sia per quanto riguarda l’eziopatogenesi. Infatti, la Bruch proponeva una distinzione tra “anoressie primarie”, caratterizzate dalla preoccupazione eccessiva per il peso e la magrezza, tipiche della condizione femminile, e “anoressie atipiche” per le quali la magrezza appariva secondaria, tipiche del genere maschile.

Gli uomini sembrano manifestare un’attenzione al corpo, soprattutto alla muscolatura, eccessiva. Il desiderio di sviluppare una massa muscolare robusta infatti, può motivare a condotte compulsive, l’uso di anabolizzanti e lo sviluppo di condotte alimentari anomale, con preferenza per i cibi ritenuti favorevoli per lo sviluppo di muscoli, sindromi parziali dell’anoressia nervosa e più raramente anche della bulimia.

Infatti, è a partire dall’inizio degli anni ’90, col dilagare del culturismo, che iniziano a diffondersi dei “nuovi disturbi” alimentari come l’ortoressia dal greco “retto appetito” e la “*reverse anorexia*”. Data la recente comparsa di tali fenomeni, non

⁴⁵ A. E. Andersen, (2001) *Progress in eating disorders research*, American Journal of Psychiatry 2001; 158 (4): 515-517.

⁴⁶ H. Bruch. (1973), *Patologia del comportamento alimentare. Obesità, Anoressia mentale e Personalità*.

sono ancora presenti nei manuali diagnostici. Tuttavia per quanto riguarda l'ortoressia è importante sottolineare la somiglianza con l'anoressia che consiste nel controllo ossessivo di ciò che si mangia rispetto sia alla quantità di cibo sia alla qualità.

I primi studi su questo disturbo risalgono a Steve Bartman, il quale nel 1997 si definì “ex-ortoressico” e David Knight⁴⁷. Secondo loro, l'ortoressia potrebbe essere causata da una paura maniacale di ingrassare o di non essere in perfetta salute, e condurre, spesso, a un risultato opposto con conseguenze gravi sia a livello psicofisico che sociale.

Il soggetto ortoressico ricade ripetutamente in una sorta di circolo vizioso nel quale, a fronte di una forte insoddisfazione personale, cerca di ristabilire il proprio ordine e la propria autostima, ricercando e attuando regole eccessivamente rigide, che, se trasgredite, comportano un senso di colpa molto forte che porta di riflesso ad inasprire ulteriormente le regole alimentare stesse, trovando un'apparente realizzazione proprio in quegli aspetti della vita dove le regole vedono il loro maggiore sviluppo, e tralasciando quasi totalmente la propria sfera privata, personale e affettiva.

Questo comportamento porta il soggetto ad incontrare difficoltà nell'appagare se stesso e i propri sensi, imponendosi talvolta persino di provare disgusto per cibi che in realtà appagherebbero il suo palato, solo perché convinto che quegli stessi cibi possano essere nocivi per la sua salute o portare all'aumento di peso.

⁴⁷ S. Bratman, D. Knight, *Health food junkies, Ortorexia Nervosa: overcoming the obsession with healthful heating*, Broadway Books, New York, 2000.

Come per l'alimentazione, allo stesso modo i rapporti interpersonali e di coppia vengono spesso incrinati qualora il soggetto sia convinto che i rapporti medesimi non siano più adatti o convenienti, anche qualora non vi sia un rilevante motivo.

Questa condizione porta l'ortoressico a non riuscire a provare un reale appagamento personale e a percepire uno stato d'insofferenza e delusione che lo portano spesso a sentirsi più insicuro e in ogni caso a ricadere nel ciclo di insoddisfazione. Il soggetto tende, in questo modo, a isolarsi e a fidarsi tendenzialmente solo delle proprie forze e delle proprie regole. Questo particolare disturbo alimentare sarebbe prevalente tra gli uomini, e secondo gli autori, il motivo risiederebbe nel fatto che rispetto al passato il maschio, sarebbe più coinvolto nella propria cura, attraverso la scelta di stili di vita più salutari che in realtà di salutare hanno ben poco.

Passando poi ad analizzare l'altro disturbo: la *reverse anorexia* detta anche "complesso di Adone" o più comunemente vigoressia, si nota come questa, a differenza dell'anoressia, sia causata dalla volontà di grandezza e di aumentare la massa muscolare. Il nome "anoressia inversa" tuttavia evidenzia come questa sindrome sia legata in modo speculare all'anoressia nervosa. Infatti, alcuni studi hanno portato alla luce come l'impulso verso la magrezza con assenza di tessuto adiposo, caratteristico dell'anoressia, venga sostituito dall'impulso verso muscoli enormi pur mantenendo sempre l'assenza di adipe⁴⁸.

Questa dismorfia corporea infatti, sarebbe caratterizzata da un'ossessiva preoccupazione per la massa muscolare anche a discapito della salute. La manifestazione più evidente di questo fenomeno si trova nel mondo del *bodybuilding* dove vige la cultura dell'aumento della propria massa muscolare superando ogni

⁴⁸ H.G.Pope., D.L. Katz, J.I. Hudson, (1988). *Anorexia Nervosa and "Reverse Anorexia"*. *Comprehensive Psychiatry*.

limite naturale; infatti, i *bodybuilders* sono concentrati nell'inseguire una muscolatura ideale (come era per l'anoressia, la magrezza) attraverso pratiche estenuanti di esercizio fisico e, a volte, uso di sostanze anabolizzanti che porta questi soggetti a un peggioramento della propria vita. L'allenamento in palestra e il parallelo regime alimentare spesso finiscono per compromettere la vita sociale e affettiva dei soggetti portandoli a evitare tutte le situazioni nelle quali il corpo potrebbe essere esposto allo sguardo altrui. Pertanto potremmo affermare che dietro a questo bisogno di muscoli eccessivamente sviluppati si nasconde una profonda insicurezza. Inoltre, sebbene aspirino ad esibire un alto grado di sicurezza, la loro autostima tende ad essere piuttosto bassa e la loro "corazza" sarebbe utilizzata per proteggersi dal mondo esterno.

Klein fa notare come chi soffre di anoressia inversa è portato spesso a isolarsi, simile alla situazione che contraddistingue le persone affette da anoressia nervosa. Entrambe si trovano coinvolte in un processo sociale che le porta a evitare gli altri a causa di un senso di inadeguatezza. Per compensare le loro insicurezze questi soggetti intensificano la loro attività fisica indirizzata a scolpire i muscoli in modo da apparire più "intimidatori".

Tuttavia mentre il soggetto anoressico ricerca, attraverso la mortificazione del corpo, un modo per annullare la propria femminilità, fino ad arrivare, nei casi più gravi, all'amenorrea, l'anoressico inverso, all'opposto, appare totalmente preso a rimarcare la propria mascolinità, i propri attributi esteriori attraverso una cura maniacale del corpo.

Altro elemento importante per quanto riguarda i disturbi alimentari nel genere maschile è analizzare il contesto familiare in cui vivono. Le famiglie del maschio

anoressico sembrano stabili e ben organizzate, con un adulto dominante e portatori di un desiderio represso di avere una figlia femmina, desiderio che sembra essere una delle cause per uno sviluppo della patologia nel figlio. Infatti, i maschi che sviluppano una patologia alimentare, spesso, hanno anche problemi di identità di genere o di orientamento sessuale. È un dato rilevante che molti casi di anoressia maschile si riscontrino in uomini omosessuali dominati in famiglia da una figura paterna ingombrante così come lo era per le ragazze che soffrono di anoressia la madre.

Tornando al ruolo che svolgono i *mass media* nel contribuire al diffondere di disturbi del comportamento alimentare, è evidente che oltre alla televisione, in questo momento storico, un altro mezzo di comunicazione impera nella vita di ogni persona: il computer e con questo *internet*. L'avvento di *internet*, che per molti aspetti ha rappresentato un cambiamento epocale soprattutto a livello comunicativo, infatti, adesso una qualsiasi notizia impiega un tempo infinitesimale per diventare di dominio pubblico e, inoltre, con internet, l'accesso alla conoscenza è a portata di tutti.

Tuttavia, accanto a questi cambiamenti positivi, *internet* è stato portatore di alcuni negativi, come nel caso che riguarda i disturbi alimentari, dei siti pro-anoressia e pro-bulimia. I siti pro ANA, come lo stesso nome suggerisce, istigano all'anoressia e in generale ad assumere comportamenti pericolosi per la salute, nascono come diari di dimagrimento, qualche decennio fa in America ma in breve tempo si sono diffusi, grazie alla velocità telematica anche in Europa, diventando un vero e proprio pericolo soprattutto per le ragazze adolescenti.

L'anoressia ogni anno conta circa tre milioni di casi nuovi e l'età media delle potenziali pazienti è scesa considerevolmente a partire dai dodici anni. Oggi questi

blog hanno sempre più successo. Essi sono divenuti un luogo di “ritrovo” di ragazze che hanno un’unica idea: essere magre.

I siti Pro Ana e Pro Mia (bulimia), infatti, incitano chiunque li legga a intraprendere la strada dell’anoressia e della bulimia. Le ragazze che adottano questa filosofia di vita sono disposte a fare qualsiasi cosa per vedersi sempre più magre e per vedere quei numeri scritti sulla bilancia scendere sempre di più: per ottenere quello che vogliono sono disposte ad adottare qualsiasi stratagemma, perché essere magre per loro è la cosa più importante del mondo. Ana (Anoressia) è diventata così una personificazione di un modello di vita, a cui le giovani, si rivolgono per invocare il suo aiuto nella faticosa lotta contro il peso in eccesso.

La testimonianza di ciò, si trova visitando i siti che inneggiano a questa pratica; la prima cosa che appare è la descrizione di questa fantastica idea che incita a non mangiare e a isolarsi avendo ANA come unica amica e confidente.

“(…) Solo io dico la verità. Per non parlare dei tuoi genitori; ti vogliono bene, ma solo perché è il loro ruolo e sono obbligati a svolgerlo. Sai qual è la verità? Sono delusi da te.

La loro figlia è una ragazza grassa pigra e indolente.

Sono qui per cambiare tutto questo.

Ti porterò a mangiare sempre meno e a fare sempre più esercizio. Devi accettarlo, non puoi sfidarmi. Sto iniziando ad entrare in te.

Non ti lascerò più”.

I siti Pro Ana vengono, di solito, redatti da anoressiche o bulimiche che condividono i loro pensieri e gli stratagemmi per non mangiare insieme a dei veri e propri comandamenti per essere una buona ANA:

- 1) Se non sei magra, non sei attraente;
- 2) Essere magri è più importante che essere sani;
- 3) Compra dei vestiti, tagliati i capelli, prendi dei lassativi, muori di fame, fai di tutto per sembrare più magra;
- 4) Non puoi mangiare senza sentirti colpevole;
- 5) Non puoi mangiare cibo ingrassante senza punirti dopo;
- 6) Devi contare le calorie e ridurne l'assunzione di conseguenza;
- 7) Quello che dice la bilancia è la cosa più importante;
- 8) Perdere peso è bene, guadagnare peso è male;
- 9) Non sarai mai troppo magra;
- 10) Essere magri e non mangiare sono simbolo di vera forza di volontà e autocontrollo.

Oggi in Italia i dati sono allarmanti, si contano circa trecentomila siti che istigano, si potrebbe dire, al suicidio o comunque a pratiche estreme.

Una ragazza pro-Ana, isolandosi, trova solo questo spazio per esprimere i propri stati d'animo e così, non riuscendo a collocare in altro modo i propri pensieri disfunzionali, li deposita in un contenitore all'interno del quale trova un confronto che probabilmente non le sarà di aiuto.

Tuttavia questi *blog* non hanno solo un valore negativo, ma possono avere anche un aspetto positivo. Infatti, si rivelano, per gli esperti del settore, una fonte fertile per

conoscere meglio queste patologie e soprattutto chi ne è affetto: monitorando questi siti riescono a cogliere richieste di aiuto che altrimenti non sarebbero riusciti a capire. Inoltre oggi è argomento di dibattito come poter punire e se farlo chi apre un sito pro ana o pro mia.

Nello specifico Michela Marzano ha proposto una legge che prevede l'accusa di reato per istigazione a pratiche alimentari non idonee e multe e reclusione per chi inneggia all'anoressia e alla bulimia anche per via telematica. Questa proposta di legge trova non pochi ostacoli ad essere esecutiva poiché andrebbe a punire proprio chi è vittima di disordini alimentari. Le misure restrittive, infatti, rischierebbero di essere controproducenti perché invece di inibire le ragazze, le farebbero solo spostare da un sito all'altro, non togliendo il problema.

La strategia adeguata, pertanto, potrebbe essere, non tanto quella di oscurare o bloccare questi siti, quanto piuttosto imparare a gestire i *blog* e monitorarli affinché le ragazze possano essere trovate e curate.

Parallelamente al propagarsi di questi siti, un altro fenomeno pericoloso dilaga in rete: il *cyberbullismo* o "bullismo online".

Il bullismo probabilmente è sempre esistito ma limitato principalmente alle scuole; il *cyberbullismo* invece è un fenomeno più moderno e più dannoso perché invade *in toto* la vita di chi ne rimane vittima.

Questa forma di disagio relazionale e sopruso perpetrato tramite *e-mail*, *sms*, *blog* ecc., non comporta una violenza fisica ma psicologica. All'interno di *internet* si creano comunità virtuali nelle quali il *cyberbullismo* è di gruppo e di solito le vittime sono ragazze derise per il proprio aspetto fisico. Così le conseguenze psicologiche e le ripercussioni del fenomeno sono devastanti; comportano una sofferenza nella

vittima che se non viene capita ed elaborata immediatamente può risultare fatale. È importante quindi, sia per quanto riguarda i modelli proposti dalla televisione sia per il bullismo in rete, ragionare in termini di prevenzione: una buona informazione e comunicazione effettuate dalle principali istituzioni sociali potrebbe rivelarsi molto utile sconfiggendo la politica del silenzio che forse miete ancora più vittime delle patologie stesse.

2.3. Il ruolo della famiglia e il fenomeno *dell'overparenting*

“I miei genitori mi conoscono pochissimo.

Tutte le volte che fanno apprezzamenti

su di me sono legati alla forma fisica,

mai per quello che penso o dico.

Da me si aspettano sempre il massimo”.

(Anonimo)

Le patologie alimentari che colpiscono gli individui in realtà assurgono al ruolo di specchio di dinamiche familiari spesso conflittuali. Infatti, è attorno ad una figlia anoressica che si riconsolidano patologicamente non solo gli obiettivi comuni del gruppo ma il senso stesso dello stare insieme. La ragazza finisce, così, per strutturare un rapporto tirannico con chi le è vicino, ora legato a convincerla a mangiare, ora finalizzato a sorvegliarla e infine destinato alla paura e ai sensi di colpa. Si parla, infatti, di struttura familiare patogena, caratterizzata da un padre assente e socialmente affermato e una madre, invece, onnipresente e carica di tutte le virtù⁴⁹.

Si tratterebbe di una donna che incarna un mito irraggiungibile per la figlia, e proprio da questa ideale perfezione della madre, nascerebbe il desiderio della figlia di non

⁴⁹ M. Palazzoli Selvini, *L'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano, 1963.

voler diventare donna, cioè sessuata, lasciando che solo la mente si ipertrofizzi, fino a distruggere tutto il resto.

Laségue fu il primo a dare importanza al ruolo della famiglia nello sviluppo di disturbi alimentari. Egli ritenne fondamentale il parallelismo che intercorre tra il ruolo della famiglia e quello dell'ambiente, quindi tra lo stato della paziente e le preoccupazioni che derivano dal suo ambiente, facendo notare che se si prendesse in esame solo la paziente si avrebbe un falso concetto della malattia, in quanto malata e famiglia sono strettamente legate; per questo contrappone rigidità dell'atteggiamento dell'anoressica alla variabilità di chi la circonda.

Un secolo dopo, Hilde Bruch, studiando le patologie alimentari, aveva percepito l'importanza del contesto familiare, che lei nomina una "gabbia dorata", mantenendo però il *focus* della sua attenzione sul rapporto madre-bambina in quanto costituirebbe il nucleo della patologia: la madre non riuscendo a vedere la figlia come altro da sé, tenderebbe a imporre le proprie emozioni e i propri bisogni, invece di aiutarla a percepire i suoi. Il risultato sarebbe, fin dall'inizio della vita psichica della bambina, un disconoscimento del proprio Io, con un conseguente difetto nell'immagine corporea.

Questo rapporto madre-figlia, in particolare, ha subito delle pressioni esterne soprattutto nell'ultimo ventennio, quando il ruolo della donna fino ad allora standardizzato è stato messo in crisi e una delle conseguenze visibili è stato l'aumento di casi di disturbi alimentari: la giovane malata esprimerebbe quindi una crisi culturale in modo inconsapevole riguardo al tema dell'identità femminile. Infatti, le generazioni di ragazze coinvolte in massa dal disturbo, sono quelle nate a

partire dagli anni 60 in poi, in un periodo cioè in cui il conflitto fra lavoro esterno e contesto familiare comincia a essere consapevole e sofferto.

Non è un caso che negli anni settanta del XX° secolo, quando i movimenti femministi hanno messo in discussione gli stereotipi tradizionali legati al genere e l'idea che la donna sia biologicamente penalizzata dal proprio particolare ancoraggio alla dimensione della natura, in virtù di possedere un corpo deputato alla gravidanza, si siano diffuse le patologie alimentari.

Tale fenomeno sembra dovuto alla conflittualità tra due generazioni consecutive di donne in merito alla concezione che ciascuna propugna del ruolo femminile e dell'identificarsi con il proprio genere. Una tale messa in crisi del ruolo tradizionale riservato alla donna portava con sé anche la necessità di ridefinirsi come persone nella loro totalità, come soggetti con il diritto di esistere e di essere valorizzati anche a prescindere dal proprio potere di dare la vita, ma per le proprie capacità intellettuali e relazionali⁵⁰.

“E’ una donna che ama farsi male? E’ un nuovo soggetto morale? (...) Ma certamente è anche la dura e lucida messa in crisi del noto e accettato aspetto sociale e politico del corpo femminile”⁵¹.

Le donne ora si trovano a lottare per raggiungere un equilibrio tra i nuovi ideali di successo e le aspettative tradizionali del suo ruolo: la preoccupazione per l'aspetto esteriore e l'immagine del corpo associata al sorgere di una moda di massa; la

⁵⁰ M.A. Galanti, *La sofferenza psichica. Educare all'ansia, alla fragilità e alla solitudine*.

⁵¹ S. Bordo, (1993) *Unbearable Weight, Il peso del corpo*, Feltrinelli, Milano, 1997.

preoccupazione per il controllo del peso, per il controllo dell'obesità che sembrano caratterizzare le nuove società.

Le donne, nelle varie epoche storiche, hanno sempre cercato di ribellarsi a quei valori sociali imposti e lo hanno fatto attraverso il corpo. La persona malata di anoressia è dunque un soggetto incapace di organizzare una risposta alternativa, che aderisce all'ideale della magrezza da un lato, per strutturare il proprio rifiuto del ruolo femminile (quindi come protesta), e dall'altro finendo per cadere nella stessa rete dalla quale cerca di scappare:

“Anche donne che sono cresciute con un ragionevole e sano rispetto del proprio corpo (cose che difficile nella nostra cultura) e che non sono state precedentemente preoccupate della propria immagine corporea sono talmente aggredite da articoli, annunci, diete e consigli su questioni di bellezza che inseguono la magrezza come una soluzione di vita che esse trovano per compensare la loro precaria autostima”⁵².

Ciò che viene messo in luce negli studi sull'anoressia che fanno riferimento alla categoria di genere è la sua articolazione nel percorso identitario femminile.

Quindi, il conflitto per chi soffre di anoressia ancor prima che nella sua mente, è nel vissuto materno. È in questa prospettiva che Nunziante Cesaro⁵³ nel 1996 parlò di anoressia come patologia di genere. L'autrice evidenzia come l'anoressia sia un problema femminile partendo dalla considerazione del complesso e accidentato percorso che marca l'acquisizione dell'identità di genere.

⁵²S. Orbach (1982), *Fat is a feminist issue* II, Arrow Books, London, 2006, p.200.

⁵³ N. Cesaro, *Donne e anoressia*, in: *Del genere sessuale. Saggi psicoanalitici sull'identità femminile*. Guida editore, Napoli, 1996.

Un percorso nel quale, grande importanza riveste il rapporto madre-figlia. Chasseguet Smirgel metteva in grande risalto a proposito dell'anoressia, il desiderio di sfuggire all'ordine biologico. Sarebbe attraverso la sottrazione del proprio corpo all'ordine biologico, che la ragazza malata di anoressia si sottrae al potere materno; il corpo che cresce della persona malata è, infatti, il corpo che si fa simile a quello della madre. Ciò spiegherebbe anche l'incidenza di insorgenza del disturbo prevalentemente in fase adolescenziale.

La pubertà e il complesso percorso identitario che impegna la donna, rappresenterebbero le colonne portanti attraverso le quali leggere la patologia anoressica; divenendo simile alla madre si inscena la lotta necessaria per individuarsi. È in questo senso che Smirgel parlava dei disturbi del comportamento alimentare come patologie a scopo autarchico, dove in questione è la necessità di sottrarsi all'immenso potere materno contrapponendo un potere personale smisurato che è espressione di un autoerotismo negativo, di un godimento non legato agli oggetti ma che fa a meno di questi.

L'anoressia è quindi una manovra di separazione dalla madre, che è recepita come ostacolo per la costruzione di se stessa.

Come afferma Recalcati:

“Si scopre ancora, paradossalmente, che la “non fame” alimentare dell'anoressica nasconde un'immensa fame d'amore: verso il padre, poco o nulla presente o, al contrario, portatore di un abuso materiale, mentale o fantasticato, o verso la madre che nutre meccanicamente e senza amore con un cibo materiale, freddo, elargito per dovere che

sostituisce con gli alimenti la presenza fisica e psichica che non è capace di dare”⁵⁴.

La paziente malata di anoressia arriva a negare i suoi bisogni per non sentire la dipendenza, vivendo la tragica esperienza di una lotta continua tra bisogno della madre e necessità di separazione dalla stessa, per una fisiologica separazione-individuazione, resa più difficile da una madre che non accoglie ma respinge, non abbraccia ma divora.

“Scompare, ridursi, paradossalmente, è necessario per comparire, per farsi vedere come Altro dalla madre. Il sintomo anoressico è il primo annuncio di un sistema familiare patologico, finalmente alla luce, che si mantiene in equilibrio su una falsa normalità che l’erompere del sintomo manda in frantumi”⁵⁵.

Quindi la ragazza anoressica assurge al ruolo di portavoce di un disagio familiare e nello specifico della difficile separazione dalla madre che, cerca invano di rimandare attraverso la negazione del proprio corpo. Tuttavia ancor più importante di una difficoltà di identificazione con la madre, per una ragazza che soffre di disturbi del comportamento alimentare è la mancanza di un contenitore mentale, della cosiddetta “mente compagna” di Bion. La crescita mentale avviene se c’è un contenitore mentale più grande. Ma in questi casi nella famiglia nessuno sembra assurgere a questo ruolo. Il padre, infatti, è spesso assente o incapace di assolvere un ruolo contenitivo sano.

⁵⁴ M. Recalcati, *L'ultima cena: anoressia e bulimia*, Mondadori, Milano, 2007.

⁵⁵ M. D. Weston, *L'anoressia come simbolo di una matrice vuota dominata dalla madre drago. Gruppo di pazienti anoressiche: fattori terapeutici*, Funzione Gamma, 2005.

Affrontare la crescita adolescenziale appare quindi un'impresa insormontabile. Le ragazze che soffrono di anoressia, sostiene Crisp, non vogliono crescere; trovandosi i compiti evolutivi davanti, tornano indietro. Hanno un profondo terrore di diventare adulte e soprattutto diventare adulte come la madre.

L'anoressia è quindi un meccanismo di difesa dalla madre che non potrà più "divorare" la figlia (che ri-diventata bambina potrà nuovamente essere accudita come tale, reiterando la non-indipendenza tra i due corpi), ma anche un mezzo per difendere la madre reale dalla madre "cattiva" interiorizzata: una figlia divorata dalla madre e verso cui prova una divorante rabbia orale e che esprime, attraverso l'anoressia, una forma simbolica della stessa rabbia.

La ragazza decide volontariamente e con assoluta determinazione che può essere padrona del proprio corpo soltanto non mangiando, facendo attenzione a che non cresca, che non divenga, accrescendo il suo volume, invadente, incombente, così come è invadente e incombente la madre, figura che fin dalla nascita è legata al figlio soprattutto per la funzione nutrice. Ecco che la famiglia gioca un ruolo fondamentale, è infatti il luogo in cui di solito prende forma e si sviluppa la malattia e quindi non si parla più di ragazza anoressica, ma come la descrive uno dei padri della terapia familiare, "famiglia anoressica".

Salvador Minuchin con questa terminologia tende a evidenziare come la famiglia sia al centro dell'attenzione e la paziente designata sia semplicemente la portatrice di un sintomo di un sistema più complesso. Per questo è importante osservare e valutare le relazioni che intercorrono nella famiglia, le dinamiche che percorrono le famiglie anoressiche.

Leggendo storie di ragazze affette da tali patologie, si evince una sorta di iperprotettività da parte dei genitori: un atteggiamento eccessivamente protettivo nei confronti dei figli, infatti, sarebbe un fattore di rischio per lo sviluppo di un disturbo alimentare. Sembra che in queste famiglie siano incoraggiati e premiati la disciplina e il successo, più che la conquista dell'autonomia e di una matura consapevolezza di sé. Altro elemento che sembra caratterizzare una famiglia anoressica è l'invischiamento.

Minuchin nei suoi scritti parla di questo tema; la ragazza che cresce in una famiglia di questo tipo attribuirebbe un'importanza fondamentale alla relazione con l'altro. In queste famiglie sono stati stabiliti confini molto rigidi tra l'interno e l'ambiente esterno. Questo sistema così chiuso e protetto in realtà cela una forte conflittualità che spesso diventa una dinamica manifesta all'interno della famiglia stessa che viene avvertita sempre di più come una prigione dalla quale fuggire.

A questo proposito, Hilde Bruch parla di una sua paziente anoressica, la quale avvertiva la sua esperienza familiare come una gabbia dorata, lussuosa ma colma di doveri e di aspettative:

“(...) fin da bambina, Ida aveva sentito di non meritare tutti i privilegi e i benefici offerti dalla famiglia perché le era sembrato di non essere sufficientemente brillante. Le venne in mente un'immagine: lei era come un passerotto in una gabbia dorata, troppo insignificante e semplice per la sua casa lussuosa, ma anche privata della libertà di fare quello che veramente avrebbe voluto. Fino a quel momento aveva parlato soltanto degli aspetti di eccezionalità del suo ambiente d'origine; ora invece cominciò a parlare di sofferenze, limitazioni, e obblighi che comporta il crescere in una casa ricca. Rifacendosi

all'immagine del passero, disse che le gabbie sono fatte per grandi uccelli multicolori ce mettono in mostra le loro penne e si accontentano di saltellare qua e là nella loro gabbia”⁵⁶.

Molte ragazze si esprimono in questo modo per dire che tutta la loro vita è stata dominata dal desiderio di soddisfare le aspettative dei loro familiari e dal timore di essere impari, meno brave di altri e pertanto causa di delusioni.

Il fenomeno che racchiude il significato di quanto sopra affermato, ha il nome di *overparenting*. Con suddetto termine si intende quell'attenzione eccessiva che hanno i genitori e, ancora una volta la madre svolge un ruolo particolare, nei confronti dei propri figli rendendoli involontariamente prigionieri delle loro aspettative.

L'*overparenting* è caratterizzato da due elementi principali: l'apprensione e l'ansia da prestazione. In questo modo i bambini, crescendo, potrebbero sviluppare una tendenza a esasperare i propri vissuti interiori pensando di non essere mai abbastanza, non accettando il fallimento e cercando quindi di raggiungere un qualcosa che in realtà non esiste.

Massimo Recalcati nel suo libro *Elogio del fallimento*, sembra confermare quanto appena sostenuto, sottolineando la paura dei genitori nel pensare i propri figli incapaci di superare qualche impedimento, non capendo invece che questa ansia potrebbe avere solo effetti negativi.

“I figli non devono portare su di loro i segni del fallimento. L'angoscia dei genitori di oggi è che essi incontrino da qualche parte l'esperienza dell'ostacolo e del fallimento. Questo è un grave errore educativo, nel senso che noi sappiamo, non solo dalla

⁵⁶ H. Bruch, *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano, 1983.

psicoanalisi, ma anche dai testi biblici che l'errore, l'erranza, il perdersi, sono esperienze decisive nella formazione di una vita"⁵⁷.

Pertanto, potrebbe essere proprio questa continua pressione da parte dei genitori alla base di quella estenuante voglia dei soggetti affetti da disturbi alimentari di inseguire il mito della perfezione; ideale tanto ambito dalle ragazze anoressiche.

A questo proposito, Marion Woodman nel suo libro *Malate di perfezione*⁵⁸, asserisce che le donne che soffrono di DCA o alcolismo sono intossicate da un ideale tipicamente maschile: la perfezione appunto.

“Dimenticano cioè di avere un mondo interiore che a quell'ideale si oppone. E allora il vuoto interiore va riempito, gli armadi troppo pieni vanno svuotati, il disagio affogato”⁵⁹.

E il disagio viene affogato rifiutando di nutrirsi o rimettendo dopo aver mangiato, tutte difese per non affrontare le emozioni, il vuoto esistenziale, la sconfitta che tanto spaventano gli essere umani.

Quindi alla base del disagio esistenziale che utilizza la mortificazione del corpo per esprimere un disagio dell'anima, ci sarebbe una richiesta d'amore da parte delle figlie, in modo particolare richiesta rivolta alla madre. La madre essendo colei che genera la vita e dona il primo cibo come atto d'amore, se questo amore non è supportato da tutta una serie di atti che lo confermino, può essere causa di fraintendimenti proprio tra cibo e amore, diventando malattia. Il cibo, per la ragazza

⁵⁷ M. Recalcati, *Elogio del fallimento: Conversazioni su anoressie e disagio della giovinezza*, Erickson, Trento, 2011.

⁵⁸ M. Woodman, *Malate di perfezione. Anoressia, bulimia e alcolismo: una perfetta infelicità*. Red, Milano, 1998.

⁵⁹ M. Woodman, *Malate di perfezione. Anoressia, bulimia e alcolismo: una perfetta infelicità*.

malata, sarebbe un mezzo di comunicazione e uno strumento per esprimere e misurare l'amore.

Fabiola De Clercq descrive questa richiesta d'amore espressa attraverso il cibo, così:

“La fame che le persone anoressiche tentano invano di cancellare per inseguire il mito radicale della magrezza mentre la fame dirompente e assoluta che le persone bulimiche sperano invano di saziare divorando tutto, è solo in apparenza rivolta al cibo: in realtà è una “fame d'amore”, fame di rapporti autentici, fame di una vita più densa e ricca di significati e può corrispondere alla ricerca di ideali perduti, di valori che non esistono più alla base di un sano, corretto ed equilibrato sviluppo della personalità umana. In mancanza di questo appare quasi naturale che l'effimero, il bel vestito, la linea perfetta, l'aspetto eccessivamente curato e l'avere e non l'essere diventano i punti di riferimento ed insieme gli obiettivi verso cui tendere”⁶⁰.

Una richiesta d'amore che assume le vesti della malattia:

“Il sintomo della malattia è un travisamento dell'attività amorosa. Ogni malattia è una metamorfosi dell'amore”⁶¹.

In questi termini Thomas Mann esprime il concetto di come l'amore e la malattia e quindi in qualche modo anche la morte siano tra loro connessi.

Per capire come questi elementi siano collegati, i primi versi del *Cantico dei cantici* possono assurgere a testimone:

⁶⁰ F. De Clercq, *Fame d'amore. Donne oltre l'anoressia e la bulimia*, Bur, Milano, 2002.

⁶¹ T. Mann, *La montagna incantata*, Corbaccio, Milano, 2011.

“(...) Forte come l’amore è la morte”⁶².

L’amore e la morte si trovano uniti da sempre, dal mito greco di *Eros* e *Thanatos*, alla rilettura freudiana di questi nella psicoanalisi, considerati rispettivamente come impulso di vita e quello di morte, in un rapporto inscindibile. Ecco che la malattia, e l’impulso di morte che la caratterizza, in realtà è un modo per gridare proprio il suo contrario: l’amore che se scomposto in *a-mors* indica proprio la non morte; la vita.

Questa contraddizione di fondo, nel richiedere attenzioni d’amore ricercando invece un modo per morire sembra altamente paradossale quanto umana. Le persone affette da disturbi alimentari e in particolare da anoressia hanno il desiderio di scomparire, di occupare il minor spazio possibile paradossalmente per essere viste, considerate.

⁶² A. Girandola, *Cantico dei cantici*, San Paolo Edizioni, Milano, 1998.

2.4. Anoressia, bulimia e il niente dell'angoscia

I disturbi alimentari sono la manifestazione di un disagio più profondo, che affonda le radici nell'essenza di una persona; disagio collegato a sentimenti di paura, insicurezza e in modo particolare di vuoto e angoscia.

Hilde Bruch riferendosi al senso di inadeguatezza che si celerebbe dietro all'anoressia afferma:

“(...) i soggetti anoressici soffrono di un'insoddisfazione nei confronti di se stessi e della loro vita e trasferiscono tale insoddisfazione sul proprio corpo. Tutti i loro sforzi per raggiungere la magrezza sono diretti a mantenere nascosto il loro senso di inadeguatezza”⁶³.

Del resto oggi sembra scontato pensare che una persona con una scarsa autostima possa scegliere di intraprendere una dieta come mezzo per aumentare la propria considerazione e il proprio valore. In questo modo il cibo può diventare qualcosa da controllare se non addirittura da evitare.

Da un punto di vista generale sembrerebbe che l'anoressia sia tendenzialmente senza angoscia perché si configurerebbe come una strategia particolare adottata proprio per evitarla. Se per Freud, Lacan e Heidegger l'angoscia è quell'effetto che rende possibile l'incontro col reale, la persona malata di anoressia vorrebbe dimostrare che l'esistenza può essere vissuta senza angoscia. Per Freud l'angoscia scaturisce da

⁶³ H. Bruch, *Anoressia, casi clinici*, Milano, Raffaello Cortina, 1988, p.2.

un'assenza di legami, è energia libidica slegata. L'anoressia è allora un modo per provare a legare questa energia estinguendo l'angoscia. In effetti fino a che il soggetto si installa nella padronanza anoressica evita l'incontro con l'angoscia che però si profila appena questa padronanza svela la sua instabilità di fondo. Non è casuale infatti, che in diversi casi di anoressia, il superamento dell'identificazione anoressica possa portare ad avere attacchi di panico, dove il panico indica bene l'effetto di rottura dei legami che rende nuovamente libera, l'energia libidica⁶⁴.

Pertanto è evidente che l'anoressia è una manifestazione della paura di affrontare un vuoto esistenziale che porterebbe il soggetto ad avere sentimenti di angoscia, dal quale invece tende a fuggire. Il profondo senso di vuoto esistenziale e d'identità spinge l'individuo a trovare una soluzione per colmarlo e, nei casi di disturbi alimentari, questo ruolo viene assolto dal cibo, che diventa l'unico oggetto desiderato. Il sintomo, ovvero il rifiuto del cibo, diventa l'unica certezza di un mondo reale da cui la ragazza affetta da anoressia vuole fuggire per la paura di affrontare le proprie difficoltà ed emozioni che esso produce, per l'intollerabilità ad accoglierle invece di gestirle.

Questo sembra essere il motivo per il quale l'ammalata si crea un rifugio, un mondo parallelo idealizzato e modellato dove tutto è illusoriamente controllabile, una realtà asettica e apatica. Il sintomo è perciò la legge a cui non poter rinunciare, ciò che dà ordine a una vita senza regole. La concentrazione del pensiero sul corpo e il continuo pesarsi, per chi soffre di patologie alimentari, significa concedersi l'illusione di avere tutto sotto controllo e non solo a livello fisico ma anche etico. Infatti, a seconda del

⁶⁴ Ramaioli I., Cosenza D., Bossoli P., *Jacques Lacan e la clinica contemporanea*, Franco Angeli, Milano, 2003.

calo di peso la ragazza si sentirà più o meno brava, non rendendosi conto che in realtà è il peso che la controlla e non viceversa.

Il giudizio sul valore personale viene misurato sulla bilancia e l'ideale di un corpo anoressico rappresenta uno scudo che impedisce di sentire, di esserci e di vivere. Il desiderio di sparire prende forma in un non-corpo; l'anoressia quindi è il tentativo impossibile di svuotare il corpo dalle pulsioni, da ogni forma di desiderio e di piacere ma questo si rivela controproducente. La lunga restrizione, infatti, porta all'aumento della spinta pulsionale, alla fame sia biologica che nervosa. Ecco che di solito quando una persona arriva a questa fase del disturbo, ne insorge un altro: la bulimia.

Questa è la ricerca compulsiva del piacere accompagnata alla necessità successiva di ripulirsi, di buttare via l'oggetto di tale piacere. L'abbuffata ha una funzione placante, si potrebbe parlare di una "fame dell'anima", anestetizza le emozioni, pensieri e desideri. Questo connubio pieno-vuoto è l'espressione malata di conflitti interni che non hanno trovato un'altra via d'uscita.

In un primo momento, il cibo viene divorato perché serve a colmare un profondo vuoto esistenziale. Questo riempirsi di cibo metaforicamente esprimerebbe un tentativo estremo di garantirsi tutto l'amore del mondo, successivamente il paziente bulimico si rende conto di aver riempito il suo corpo e non la sua anima; il cibo ingerito diventa così un peso, un fardello e arriva il bisogno di eliminarlo per ristabilire il vuoto.

Il gesto di vomitare per la ragazza bulimica ha una valenza simbolica enorme: liberarsi del cibo serve a ristabilire l'onnipotenza originaria, il controllo sulla realtà.

Quindi, da una parte il vuoto dentro di sé, affamarsi, vomitare, staccarsi dalla dipendenza del bisogno del cibo sono dei tentativi di raggiungere un ideale di

controllo impossibile per l'essere umano, fragile e agitato da mille passioni; nello stesso tempo però la spinta verso il vuoto testimonia pure una domanda disperata di amore e di riconoscimento. La ragazza che soffre di bulimia vomitando mostra di non essere stata davvero placata dall'oggetto, vuole dimostrare come il fondo dell'essere umano sia fatto di mancanza e non di pienezza. Facendo il vuoto nel suo corpo è come se volesse denunciare la natura desiderante dell'essere umano, il suo bisogno di essere visto, amato per quello che è.

Calzante è la frase dello psicoanalista Alfredo Zenoni:

“(..) voglio essere amato per me stesso. Il per me stesso infondo è essere amato per nessuna delle qualità che mi definiscono”⁶⁵.

La bulimia è un grido disperato, una modalità compulsiva di comportamento messa in scena al fine di rivendicare un bisogno propriamente umano di comprensione profonda e il corpo si rivela il luogo in cui l'anima grida il proprio dolore. Come secoli fa affermava Plotino:

“(...) L'anima ha bisogno di un luogo”⁶⁶.

Il corpo si rivela il luogo in cui si cerca di ricomporre un Io scisso tra un modello ideale e una realtà fatta di incertezze. Il corpo da un lato è investito

⁶⁵ A. Zenoni, resoconto della conferenza tenutasi a Roma nel 2003.

⁶⁶ Plotino, *Enneadi IV*, Bompiani, Milano, 2000.

narcisisticamente, idealizzato, pura astrazione su cui si concentra il bisogno di controllo, e dall'altra il corpo è reale, oggetto di negazione e di torture.

Il corpo diviene quindi il rifugio, il teatro in cui sperimentare le emozioni che nella vita non si riescono a tollerare; esso perde la caratteristica di apertura verso l'esistenza e diventa lo scudo dietro cui proteggersi.

“Che il corpo parli di loro, ognuna di queste ragazze ne è convinta, ma chi sia il soggetto di questo dialogo, chi l'interlocutore, e soprattutto quale sia il linguaggio è sconosciuto. In tal senso sono corpi in cerca d'autore, corpi a cui manca il riferirsi, l'individuarsi. È questa una malattia moderna, nel senso di incarnare la crisi della soggettività, che nella modernità ha raggiunto il centro della sua messa in discussione”⁶⁷.

Secondo Recalcati la persona bulimica non è solo spinta a raggiungere il vuoto ma anche a mantenerlo con condotte di evacuazione:

“(...) attraverso il vomito si induce un vuoto nel corpo”⁶⁸.

La scelta dell'oggetto del sintomo non è casuale: il cibo è un simulacro di ciò che non c'è. Il corpo si svuota dal peso della sostanza, così al termine di ogni crisi di fame si mostra in realtà all'altro che niente potrà mai riempirla veramente,

“(...) il vuoto non è vuoto del contenitore ma una mancanza di essere”⁶⁹.

⁶⁷ P. Bianchini, I. Dalla Ragione, *Il cuscino di Viola*, Diabasis, Reggio Emilia, 2006.

⁶⁸ M. Recalcati, *L'ultima cena: anoressia e bulimia*, cit. p. 31.

⁶⁹ M. Recalcati, *L'ultima cena: anoressia e bulimia*, cit. p.31.

Per l'anoressica-bulimica la restrizione e l'eccesso danno quindi vita alla messa in scena di un conflitto tra piacere, cibo, corpo, famiglia, che riconducono al fatto di non riuscire a darsi piacere, unito al senso di colpa per il solo fatto di avere pulsioni che spingono al desiderio.

In questa dinamica vuoto-pieno, il concetto di “niente” assume una connotazione del tutto particolare. L'anoressia lo afferma positivamente mangiando niente:

“Nell'anoressia mentale ciò che il bambino mangia è il niente”⁷⁰.

La scelta anoressica come afferma Lacan è la scelta del niente, è la scelta del mangiare il niente. Mangiare niente significa imporre all'Altro la differenza tra bisogno e desiderio.

Questo niente Lacan, nell'opera *La direzione della cura e i principi del suo potere*, lo individua come oggetto separatore. È il niente che manifesta l'essenza dell'anoressia come manovra di separazione. Mangiare niente infatti, è un modo per tenere gli altri lontani, ovvero per ridurre il potere che l'Altro potrebbe avere su di me. È il niente che permette un ribaltamento dei rapporti di forza: se nell'infanzia il soggetto si trovava in una posizione di impotenza rispetto all'Altro, in un secondo momento grazie al rifiuto, quindi proprio attraverso la funzione del niente come oggetto separatore, il soggetto anoressico conquista una posizione di supremazia.

Il niente in questo rapporto appare come quell'oggetto che il soggetto utilizza per separarsi dalla domanda dell'Altro, come difesa soggettiva del desiderio dell'Altro: ovvero all'esigenza di un segno d'amore. Il dramma dell'anoressia è che il segno e

⁷⁰ J. Lacan, *Le seminaire. Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* (1964), Seuil, Paris, 1973, p. 96.

l'oggetto appaiono scissi. Per far esistere il segno d'amore essa deve sbarrare l'oggetto poiché l'Altro dell'anoressica non ha saputo realizzare la dimensione del dono dell'oggetto come ciò che fa segno d'amore, ma ha al contrario utilizzato l'offerta dell'oggetto per uccidere il segno⁷¹. L'anoressica per far esistere il segno d'amore, deve, dunque poter negare l'oggetto. Il soggetto cerca di ritrovare nell'Altro l'oggetto perduto. In questo senso l'oggetto della pulsione è sempre niente. È il vuoto che il soggetto cerca di far sorgere nell'Altro per fargli sentire la mancanza. È l'Altro la causa di questa perdita ma è anche nell'Altro che il soggetto ricerca la sua parte perduta. L'anoressia evidenzia come il desiderio umano sia il desiderio di niente.

Tuttavia accanto a questo primo significato di “niente” nell'anoressia, se ne può trovare un secondo. Questo secondo “niente” contraddistingue la dimensione psicotica dell'anoressia. Un niente che a differenza del primo non è in rapporto col desiderio dell'Altro ma piuttosto col godimento che esclude l'Altro. Mentre il primo niente funziona come oggetto separatore, questo secondo ha un carattere inscalfibile, esprimendo un rifiuto radicale dell'Altro. Non è tanto uno scudo per il desiderio quanto una degradazione.

“Non è il desiderio di niente ma la riduzione del desiderio a niente⁷²”

Lacan aveva intuito questo aspetto del niente anoressico quando nei *Complessi familiari* fa riferimento esplicito a un “appetito di morte”, “desiderio della larva”,

⁷¹ M. Recalcati, *L'ultima cena: anoressia e bulimia*, cit., p. 72.

⁷² M. Recalcati, *I due niente dell'anoressia*, in *Clinica del vuoto. Anoressia, dipendenze, psicosi*, Franco Angeli, Milano, 2004, cit. p. 17.

spinta regressiva verso un'assimilazione perfetta della totalità dell'essere, che caratterizzerebbero un certo tipo di suicidio differito di cui farebbero parte l'anoressia e la tossicodipendenza⁷³.

Nell'anoressia sarebbe presente una tendenza a raggiungere lo zero e questa tendenza diventerebbe una pratica quotidiana. La passione per il niente è una passione per l'annientamento; è l'indice dell'attività stessa della pulsione di morte. L'anoressia mentale sarebbe allora un abbandono del soggetto alla morte per sottrarsi all'ineludibilità della scissione dall'Altro, e alla sua perdita irreversibile. Un tentativo estremo di ritrovare il godimento perduto attraverso un passaggio lungo una linea di morte.

Quindi sull'anoressia, Lacan, offre due indicazioni che vanno in senso contrario: anoressia come appetito di morte e insieme è anche “desiderio”, anche se espresso solo come rifiuto.

Nella bulimia invece succede esattamente il contrario: è attraverso il consumo infinito dell'oggetto che la bulimica cerca di compensare la frustrazione della domanda d'amore, ovvero l'assenza del segno della mancanza dell'Altro, ma la sua disperazione soggettiva è data dal fatto che nemmeno tutto il pane del mondo potrà mai costituirsi come segno d'amore: non è infatti nella divorazione infinta dell'oggetto che il soggetto può ritrovare il segno d'amore.

⁷³ J. Lacan, *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu*, Navarin, Paris, 1984, p. 30-35.

3. CAPITOLO: MODELLI DI TERAPIA NELLA CURA DEI DCA

3.1. Approccio multidisciplinare e terapia cognitivo comportamentale

La terapia dei disturbi del comportamento alimentare appare ancora oggi una sfida per gli esperti del settore dal momento che questi disturbi sono molto complessi, di lunga durata e dagli esiti spesso gravi.

I diversi tentativi terapeutici effettuati nel corso degli anni si sono dimostrati inefficaci. Alcune terapie, come le sole terapie farmacologiche o gli approcci di tipo psicoanalitico, non hanno per ora dimostrato una validità in termini di evidenze scientifiche.

Ciò che è invece condiviso dalla comunità scientifica internazionale per i risultati a medio e lungo termine è l'utilizzo di un approccio terapeutico multidisciplinare integrato, in cui più figure si occupino a livelli diversi del soggetto portatore della patologia, così come dei familiari o dei compagni. Il modello multidisciplinare integrato utilizza l'intervento di *un'equipe* composta da diverse figure professionali quali psicoterapeuti, nutrizionisti, endocrinologi e psichiatri in modo tale da avere un intervento su tutti gli aspetti della vita dell'individuo.

I disturbi alimentari nascondono spesso dietro a comportamenti distorti rispetto a peso, cibo e corpo, profondi disagi di tipo “evolutivo / esistenziale”, che impediscono al soggetto di superare il momento di crisi e rendono estremamente facile la cronicizzazione del disturbo. Infatti, il trattamento di un disturbo del comportamento alimentare dura in media uno, due anni, e la maggior lunghezza del trattamento rispetto alle altre patologie, risulta necessaria per far fronte agli

innumerevoli ostacoli motivazionali delle pazienti e per favorire un aumento ponderale adeguato.

Per questo motivo la terapia dei soggetti con disturbi del comportamento alimentare è una terapia lunga che si pone l'obiettivo di ripristinare un ritmo biologico sufficiente a consentire un buon funzionamento psico-fisico (spesso i soggetti con DCA sono malnutriti al punto da mostrare gravi segni di depressione o gravi sintomi ossessivi) e ad arginare i pericolosi effetti fisici dei sintomi alimentari (sia il digiuno che il vomito o i lassativi).

Inoltre l'intervento multidisciplinare cerca di ricreare un terreno di accoglienza e confronto sui disagi e le paure dei soggetti, tale da facilitare il superamento del momento di crisi e l'acquisizione di nuovi e più funzionali stati cognitivi ed emotivi. Spesso la paura di non farcela a crescere, a vivere, a prendere decisioni rende queste persone bloccate e incapaci di fare altro che non sia mantenere i sintomi, pur soffrendone moltissimo. Poiché la patologia alimentare porta con sé anche altri tipi di disturbi, la terapia tenta di valutare e trattare eventuali altre patologie concomitanti, sia dal punto di vista fisico (facilmente questi soggetti soffrono di disturbi gastrointestinali e endocrinologici, in parte causati dal disturbo alimentare) che da quello psicologico (depressione, abuso di sostanze, disturbi di personalità) e di facilitare quanto possibile le risorse interne al nucleo familiare, sia genitori e fratelli che compagni, in modo da consentire una buona empatia ed una buona complicità verso l'obiettivo comune del miglioramento.

In un'ottica di trattamento integrato, la terapia farmacologica è comunque considerata un valido strumento terapeutico, da utilizzare tuttavia sempre assieme

agli interventi nutrizionali e psicoterapici, che rappresentano il vero cardine della terapia dei DCA.

Nello specifico, l'obiettivo della psicoterapia dovrebbe sempre essere quello di consentire al cliente di trarre dal lavoro psicoterapeutico le risorse per "sciogliere" i sintomi ed il malessere, imparando un modo di affrontare la realtà e di leggere se stesso più costruttivo e più adeguato. In passato sono stati proposti interventi non focalizzati sui sintomi, interventi comportamentali focalizzati solo sui sintomi, interventi focalizzati sul sistema famiglia.

Il risultato è stato indubbiamente che, nei casi di giovane età è indicato trattare sia il soggetto che la sua famiglia, poi che gli interventi comportamentali puri tendono ad avere un'efficacia limitata nel tempo se non sono supportati da un lavoro più ampio; e infine, che un approccio psicoterapeutico di matrice cognitiva o sistemico relazionale sembra fornire i maggiori vantaggi, in termini di riduzione dei sintomi e numero di ricadute.

Tuttavia, bisogna tener presente che un approccio integrato possa prevedere l'utilizzo di diversi tipi di psicoterapie nei differenti momenti di malattia; ad esempio l'alimentazione meccanica (intervento di tipo comportamentale puro che tratta il cibo come un farmaco stabilendo rigidamente cosa, come e quanto mangiare) ha molto senso nei primi momenti di terapia, quando i sintomi sono così forti da mettere a rischio la vita del paziente o compromettere la sua capacità di partecipare in modo attivo alle cure.

Ma, l'approccio migliore a livello psicoterapeutico nel trattamento e nella cura di un soggetto affetto da disturbi del comportamento alimentare, sembra essere quello cognitivo comportamentale. La psicoterapia cognitivo comportamentale (TCC) è una

psicoterapia sviluppata negli anni '60 da A.T. Beck e oggi adottata nella pratica clinica da buona parte degli psicoterapeuti in Europa e nel mondo. È, infatti, la terapia che vanta la maggiore conferma scientifica nel panorama nazionale e internazionale. È una terapia strutturata; ovvero, si articola secondo una struttura ben definita, benché non in maniera rigida, per assicurarne la massima efficacia, inoltre è direttiva: il terapeuta istruisce il cliente e assume attivamente il ruolo di “consigliere esperto”, è di breve durata infatti, i cambiamenti significativi sono attesi entro i primi sei mesi, e orientata al presente, quindi, è volta a risolvere i problemi attuali, anche se generalmente l'origine risale all'infanzia.

Essa si basa sul modello cognitivo, che ipotizza che le emozioni e i comportamenti delle persone vengono influenzati dalla loro percezione degli eventi.

Secondo l'approccio cognitivo comportamentale, non è la situazione in sé a determinare direttamente ciò che le persone provano, ma è piuttosto il modo in cui la interpretano.

All'origine dei disturbi vi è, dunque, un modo distorto di pensare, che influenza negativamente l'umore e il comportamento. La terapia cognitivo-comportamentale aiuta le persone a identificare i propri pensieri disfunzionali, ad esempio quelli angoscianti, e a valutare quanto siano realistici.

Mettendo in luce le interpretazioni errate e proponendone delle alternative, ossia, delle spiegazioni più plausibili degli eventi, si produce una diminuzione quasi immediata dei sintomi. Infatti, una valutazione realistica delle situazioni e il cambiamento del modo di pensare producono un corrispondente miglioramento dell'umore e del comportamento. Per ottenere però un risultato a lungo termine è

necessario modificare le credenze disfunzionali sottostanti attraverso l'addestramento dei clienti.

Questo modello ritiene che sia la bassa autostima e il perfezionismo patologico l'obiettivo terapeutico. Lo scopo di questo trattamento è di ridurre la paura diffusa del fallimento, e di diminuire l'autocritica che nasce dalla valutazione negativa di una propria prestazione. La terapia cognitivo comportamentale basata sul controllo è una variante al trattamento standard⁷⁴.

Tale approccio parte dal presupposto che la valutazione e il trattamento della credenza del controllo possano aumentare la comprensione della psicopatologia del disturbo alimentare e l'efficacia del trattamento cognitivo. L'obiettivo fondamentale del trattamento consisterebbe nell'aiutare il paziente a modificare la relazione col suo disturbo e quindi a sviluppare una consapevolezza metacognitiva. Per trattare i dolorosi sentimenti di bassa autostima e staccare il paziente dal meccanismo del controllo, tale modello include non solo il riconoscimento e il trattamento razionale di errori cognitivi, ma anche la valutazione di sentimenti dolorosi come la bassa autostima nascosta dietro la ricerca del controllo e della perfezione.

Il trattamento dell'anoressia nervosa dura normalmente da uno a due anni. In molti casi la maggiore durata del trattamento è spesso necessaria per superare gli ostacoli motivazionali, per raggiungere un incremento ponderale significativo e poiché sono spesso necessari interventi di ricovero ospedaliero.

⁷⁴ S. Sassaroli, M. Gallucci, GM. Ruggiero. (2008). *Low perception of control as a cognitive factor of eating disorders. Its independent effects on measures of eating disorders and its interactive effects with perfectionism and self-esteem.* J Behav Ther Exp Psychiatry 39, 467-88.

La terapia cognitiva è suddivisibile in tre fasi: la prima mira a costruire un buon rapporto di fiducia, la seconda fase è caratterizzata dalla modificazione dei pensieri disfunzionali relativi al cibo e al peso corporeo, intervenendo anche a livello familiare, e infine ma non per importanza, mira alla prevenzione delle ricadute e alla preparazione della conclusione terapeutica. Nel primo mese, corrispondente alla prima metà della terapia, le sedute sono spesso programmate due volte alla settimana, durante la seconda fase, di circa un anno, vengono ridotte a una per poi ridursi a due volte al mese, durante l'ultima fase, di circa sei mesi.

Se gli obiettivi riguardanti il peso sono raggiunti, divengono prioritarie le problematiche personali e interpersonali identificate con il soggetto.

Se gli obiettivi del peso non sono raggiunti allora: si rivedono le implicazioni pratiche, si riprende l'intervento motivazionale, introducendo il *problem solving* per aiutare la paziente a raggiungere gli obiettivi di peso e di alimentazione previsti.

Il trattamento della bulimia nervosa è stato sviluppato da Christopher Fairburn agli inizi degli anni Ottanta. Egli, in un primo momento, ha associato la teoria cognitivo comportamentale della bulimia nervosa, con l'identificazione della psicopatologia specifica e centrale (la preoccupazione per il peso) e dei meccanismi principali di mantenimento da essa derivati. Il secondo passo è stato quello di sviluppare un trattamento finalizzato ad affrontare i principali meccanismi di mantenimento del disturbo postulati dalla teoria.

Il trattamento è condotto a livello ambulatoriale ed è strutturato in 19 sedute che si svolgono in 18 settimane; ogni incontro ha durata di 50 minuti. Il programma è strutturato in tre fasi. Nella prima fase, oltre alla presentazione del modello cognitivo di mantenimento della bulimia nervosa, si utilizzano tecniche comportamentali per sostituire le abbuffate con un *pattern* regolare di alimentazione. Nella seconda fase viene eliminata completamente la restrizione alimentare e implementato un intervento cognitivo per modificare le distorsioni cognitive (pensieri e attitudini problematiche o disfunzionali) che mantengono il disturbo.

Nella terza fase l'enfasi viene posta soprattutto sul mantenimento del cambiamento e sulla prevenzione delle ricadute.

Ciò ha portato a delineare le linee guida di trattamento della bulimia nervosa, conosciuta con la sigla CBT-BN. Infine, il terzo passo è stato dare evidenza empirica alla teoria e testarne l'efficacia. Dopo molti studi, il risultato è stato quello di considerare l'approccio cognitivo comportamentale come prima scelta clinica nella cura di disordini del comportamento alimentare.

3.2. La consulenza filosofica

La consulenza filosofica è una professione nata in Germania nel 1981 quando Gerd Achenbach aprì il primo studio di *Philosophische Praxis*, con l'intento di far uscire la filosofia dal chiuso ambiente universitario per applicarla alla vita reale. In più utilizzò la consulenza filosofica come forma di protesta nei confronti della “cugina” psicologia che per lui è rimasta ancorata a una distorta forma di cura in cui il paziente deve sottomettersi a un qualche schema generale di normalità e salute⁷⁵.

La consulenza filosofica è un'attività nella quale il filosofo si mette a completa disposizione delle donne e degli uomini che, individualmente o in gruppo, sentono l'esigenza di affrontare problemi o questioni poste a essi dalla loro vita. Lo scopo della filosofia è quello di permettere a molti, ai non filosofi, di “fare filosofia” e trarre da questa attività umana dei vantaggi “pratici” che essa è capace di dar loro. Ma chi è il filosofo?

“Il filosofo è colui che deve conoscere, perché vive”⁷⁶.

Da questa frase si evidenzia come il pensiero sia insostituibile nell'esistenza umana:

“l'uomo è un essere complesso e non può limitarsi a vivere o esistere. Volente o nolente, deve prendere posizione sulla propria vita. Per questa ragione egli produce pensieri. Ma non è tutto: l'uomo è anche in grado di riflettere sui propri pensieri e spesso fa uso di tale capacità. Che egli sia capace di riflessione sui propri pensieri significa che l'uomo è un

⁷⁵ G. Achenbach, *La consulenza filosofica. La filosofia come opportunità di vita*, Feltrinelli, Milano, 2009, p.17.

⁷⁶ G. Achenbach, *La filosofia da tavolo, ovvero, chi è il filosofo*, in *La consulenza filosofica*, cit. p. 34.

essere costituzionalmente filosofante. In altre parole: egli non ha semplicemente pensieri (come si hanno mani per afferrare), ma si confronta con essi”⁷⁷.

La consulenza filosofica, allora, consisterebbe proprio in un esercizio al pensiero:

“Consulenza filosofica, attività che si propone di fornire a chi lo richieda (individui, gruppi, organizzazioni), sulla base di un approccio filosofico, supporto, aiuto o orientamento nell’ambito dei processi intellettuali, esistenziali, decisionali o relazionali, senza avere finalità terapeutiche”⁷⁸.

Achenbach, infatti, vuole superare l’idea che la filosofia possa essere applicabile alla stregua di un trattamento medico perché:

“non impartisce consigli, ma problematizza proprio il bisogno di cercare consiglio, (...) non si pone al servizio del desiderio che è all’origine della vista, ma si confronta con esso in modo trasversale, nonostante le sia contemporaneamente debitrice del proprio *status* di professione”⁷⁹.

Ciò sta a significare che il consulente filosofico non è da intendersi come un esperto che applica la filosofia ma come colui che mette in questione ciò che gli altri fanno passare per ovvio.

⁷⁷ G. Achenbach, *Filosofia come professione*, Apogeo, Milano, 2005, cit., p. 66.

⁷⁸ N. Pollastri, *Il pensiero e la vita. Guida alla consulenza e alle pratiche filosofiche*, Apogeo, Milano, 2004.

⁷⁹ G. Achenbach, *La consulenza filosofica. La filosofia come opportunità di vita*, Feltrinelli, Milano, 2009, cit. p85.

Nella sua forma originaria, la consulenza filosofica si configura come un dialogo che ha inizio dalla narrazione delle difficoltà del consultante ma non mira a fornire risposte risolutive, bensì ricerca le possibilità di pensare il mondo. Uno dei principali interrogativi che si pongono coloro che si avvicinano alla consulenza filosofica è relativo ai suoi destinatari, i consultanti. Chi sono?, ma soprattutto sono “sani” o “malati”?

Nel libro *Il pensiero e la vita*, l'autore, Neri Pollastri, racconta la sua esperienza personale affermando che nessuno dei consultanti gli ha mai posto domande strettamente filosofiche, come “cos'è il bene?”, “qual è il senso della vita dell'uomo sulla terra?” e aggiunge che la maggior parte delle persone con cui ha intrattenuto dialoghi filosofici di consulenza avevano problemi riconducibili alla sfera delle relazioni: crisi sentimentali, rapporti difficili con l'altro sesso o, più in generale, con le altre persone, problemi sul lavoro. E interessante, come racconta l'autore, sono le risposte che i consultanti offrivano quando veniva chiesto loro perché si fossero rivolti proprio a un filosofo. Alcuni erano per esempio stimolati dall'idea di potersi confrontare con una persona abituata a riflettere e a occuparsi dei “grandi problemi” e importanti pensatori, sebbene il confronto che li interessava non vertesse su queste cose, ma su loro stessi. Altri ritenevano il filosofo la persona più adatta a occuparsi dei loro problemi e pensavano che uno psicologo li avrebbe condotti su piani che non li interessavano. Infine, racconta Pollastri, un numero significativo di persone che avevano già avuto esperienze con psicoterapeuti, non era stato soddisfatto e cercava forme diverse di ricerca interiore.

Caratteristica della consulenza filosofica è che il consulente è parte attiva alla ricerca alla pari del consultante, ovvero egli non ha nulla da “insegnare” ma si limita a sviscerare per poi analizzare il problema sotto una nuova luce.

Dopo Achenbach, questa pratica si diffuse in varie parti del mondo soprattutto in Olanda, per sbarcare poi nel 1992 negli USA. In Italia si può iniziare a parlare di consulenza filosofica a partire dal 1999 con la nascita della prima organizzazione (AICF, Associazione Italiana di *Counseling* Filosofico) e l’apertura dei primi studi professionali.

Nel libro *L’anima ha bisogno di un luogo. Disturbi del comportamento alimentare e ricerca dell’identità*⁸⁰, la consulenza filosofica viene presa come esempio di cura nel trattamento dei disturbi alimentari descrivendo l’esperienza presso la struttura di Palazzo Francisi in Umbria. Questa attività di consulenza filosofica ha avuto inizio nel 2004, dopo un primo periodo di sperimentazione.

L’incontro della filosofia con la cura ha rappresentato una vera e propria sfida, dimostratasi molto feconda sia nell’impegno con le pazienti, sia nella gestione di gruppo con i familiari. Attraverso queste vie, la filosofia si riappropria di uno dei suoi ruoli: educare alla domanda di senso. L’esistenza rimane un compito, ma chiarirne le modalità permette la configurazione del proprio vissuto. Infatti, come ricorda Eschilo, esiste una particolare forma di conoscenza, la sapienza, in grado di prevalere sul dolore. La sapienza, la conoscenza dei fatti porta, inevitabilmente, a una maggiore consapevolezza di sé e del mondo circostante. In tal senso la sapienza filosofica diviene pratica e assume la forma di relazione di aiuto filosofico, attraverso

⁸⁰ S. Marucci, L. Dalla Ragione, *L’anima ha bisogno di un luogo. Disturbi alimentari e ricerca dell’identità*, Tecniche nuove, Milano, 2007.

cui all'interno del gruppo, si cerca una configurazione altra rispetto al tema della sofferenza.

Vi è una dimensione esistenziale del dolore ineliminabile e connaturata a ogni essere umano. Rintracciare l'autentica domanda che si cela dietro ogni esistenza significa quindi, sottrarre potenza al dolore attraverso una nuova conoscenza. Infatti, l'identità, riconfigurata all'interno di una nuova richiesta di senso, permette di divenire consapevole della propria forza di dominare il dolore.

La peculiarità dell'ascolto filosofico è che l'attenzione stessa, portata sulla domanda di senso, acquisisce un nuovo senso, che permette di guardare in modo diverso non soltanto il mondo che ci circonda, ma anche quello interiore. Infatti nel disturbo si configura uno spazio in cui il sintomo diviene il luogo dove sperimentare le emozioni. Nessuno abita un mondo oggettivo, ma ciascuno abita la porzione di mondo che è riuscito a rendere significativa per se stesso, ovvero ciascuno abita quel mondo che ritiene reale. Ed è proprio la connotazione emotiva a determinare il nostro esserci nel mondo.

In questa prospettiva l'ansia e l'angoscia che accompagnano la condizione di sofferenza dell'individuo divengono stati esistenziali fondamentali della condizione umana. Sottrarre il proprio dolore alla sfera della soggettività significa acquisire un nuovo punto di vista sulla vita, significa progettare una nuova identità, che sappia assumere su di sé il rischio del proprio esistere, ammettendo la possibilità della sofferenza senza però rimanerne vittima. Portare l'individuo verso questa prospettiva significa renderlo libero di compiere delle scelte andando a scardinare proprio ciò da cui la malattia vuole mettere al riparo.

Il disturbo difende dal vivere in prima persona: la sofferenza e il dolore che si sperimentano sono qualcosa di derivato. Nel caso di chi soffre di patologie alimentari, il dominio sul cibo e, di conseguenza, sulle forme corporee, illude il soggetto in questione di essere padrone della propria identità; è così che il sintomo diventa il metro di paragone con cui misurare la propria esistenza. Ciascuna nuova conoscenza implica una differenza da quelle precedenti, per questo la verità rappresenta una violenza. Tutto ciò presuppone uno sforzo verso un mondo di legami che saltano, sfumano, paradigmi messi in discussione. Questo è ciò che ogni esistenza deve affrontare ogni giorno. Il senso deve essere rintracciato, in un rinnovato patto di alleanza tra l'uomo e la vita.

Come nota Eugène Minkowski:

“E’ possibile che un’esistenza si snodi e scorra al di fuori da ogni malattia: ma non è possibile che un’esistenza umana sia sottratta l’esperienza della sofferenza, come dolore che nasca dalla perdita degli orizzonti di senso su cui si fonda il divenire della vita”⁸¹.

Sebbene la sofferenza sia parte integrante della vita dell’essere umano, tuttavia le modalità con cui si presenta, cambiano. Ad esempio nei soggetti affetti da disordini alimentari queste modalità hanno delle caratteristiche precise.

Il cambiamento del corpo diviene di riflesso, il cambiamento del mondo: il corpo come teatro, come metafora, come luogo dell’anima, infine come volontà di potenza su un mondo svuotato. Il corpo è lo strumento con cui si testimonia la rottura del patto tra mondo interno ed esterno. La condizione abitativa del mondo viene impoverita; a questo stato di indigenza corrisponde la perdita dello spazio psichico

⁸¹ E. Borgna, *L’arcipelago delle emozioni*, Feltrinelli, Milano, 2002, cit. p. 129.

rappresentato dal corpo. Ristrutturare la propria visione del mondo facilita la possibilità di far perdere potenza al sintomo.

Parlare di un corpo che abita il mondo significa toglierli quella valenza di gabbia, per riconsegnargli quella dimensione di dialogo che gli è propria. Le pazienti invece nonostante credano di avere il completo controllo sul corpo e quindi sulla propria vita, in realtà sono imprigionate proprio in quel corpo e in quei pensieri distruttivi che quotidianamente le ossessionano.

Abitare un corpo vuol dire quindi conoscersi e ri-conoscersi in quello. Dialogare con un corpo significa dialogare con la visione del mondo che quel corpo ha fatto propria. In tal senso diventa basilare comprendere la parte del mondo di cui si è appropriato il sintomo: in genere non tutta la realtà viene coinvolta dal sintomo, rimangono sempre parti di mondo con cui instaurare un dialogo. L'empatia, ovvero la capacità di entrare dentro la visione del mondo dell'altro, porta necessariamente ad abbandonare le proprie certezze e a mettersi in discussione, in ascolto della prospettiva altrui. Questo canale di conoscenza, che si realizza in modo immediato, richiede un'ulteriore specificazione: l'effettuarsi per via emotiva. Infatti, l'empatia è una forma di conoscenza di carattere emozionale, molto vicina all'intuizione, quello che cambia è solo il contenuto che vuole comprendere.⁸² Restituire il soggetto alla propria lotta significa consegnarli il compito fondamentale di ogni esistenza, non senza dolore, ma con una nuova presa di coscienza⁸³.

⁸² M. A. Galanti, *Affetti ed empatia nella relazione educativa*, Liguori, Napoli, 2001.

⁸³ S. Marucci, L. Dalla Ragione, *L'anima ha bisogno di un luogo. Disturbi alimentari e ricerca dell'identità*.

Conclusioni

“Quando per strada incontrate una ragazza troppo magra,
regalatele un sorriso, ne ha davvero bisogno”⁸⁴.

I disturbi del comportamento alimentare, nelle varie espressioni che li distinguono, rappresentano la patologia più diffusa nella società occidentale; è un “male di vivere” che trova la sua manifestazione nel corpo. Questa malattia ha una lunga storia, ma la sua esplosione è avvenuta particolarmente negli ultimi venti anni del secolo scorso, soprattutto nei paesi industrializzati.

Nella tesi, dopo un primo capitolo introduttivo riguardante la storia e la classificazione manualistica dei disturbi alimentari, sono stati individuati i possibili fattori che influirebbero nell’insorgere di questa patologia in relazione al contesto sociale: la famiglia e i *mass-media* e con questi il mondo della moda, della danza e quello di *internet*, ma anche le paure e il profondo senso di angoscia esistenziale. Nell’ultimo capitolo, infine, ho cercato di delineare alcuni modelli d’intervento per curare i disturbi alimentari; quello cognitivo-comportamentale e la consulenza filosofica.

Il corpo da sempre, in modo particolare quello delle donne, (dato che il 90% delle persone affette da disturbi alimentari appartiene al genere femminile), è stato utilizzato come uno strumento attraverso il quale trasmettere un messaggio.

⁸⁴ I. Caro, *La ragazza che non voleva crescere*, Cairo Publishing, Milano, 2009.

Le digiunatrici medievali, per esempio, lo utilizzavano come forma di protesta; la cosiddetta “santa anoressia” è stata interpretata come una risposta alla struttura sociale e patriarcale del cattolicesimo medievale. Per la donna anoressica dell’epoca, l’astenersi dal cibo era un modo per affermare la propria volontà e negare la corporeità era l’unica via per raggiungere la meta davvero importante per lei, ovvero quella spirituale, e per ribellarsi a un sistema chiuso, tutt’altro che libero.

Oggi, il corpo è utilizzato dalla donna per conseguire un’ideale di bellezza estetica che dovrebbe permetterle di inserirsi in un contesto sociale. Il rifiuto del cibo diventa lo strumento per plasmare il proprio corpo, non l’anima, come era nel caso delle anoressiche medievali, e per renderlo accettabile e in linea con i modelli sociali. La dinamica, quindi, è quasi ribaltata. L’anoressia non porta più la persona ad affermare se stessa, la propria individualità, la propria autonomia, ma, più che altro, è mossa dall’omologazione proposta dai modelli socioculturali.

Come analizzato nella tesi, una parte della responsabilità nell’influenzare la popolazione a raggiungere canoni di bellezza ideali, è attribuibile a *mass-media*, in particolare alla televisione che, con le immagini, quotidianamente propone un modello di donna sempre uguale, in forma perfetta, diffondendo così un esempio che nella realtà non esiste e con la conseguenza che le spettatrici si sentiranno frustrate e inadeguate a vivere in questa società.

Il modello di donna proposto in televisione è quello che rispecchia i presunti desideri maschili e questo perché le donne non hanno ancora un modello di riferimento proprio a causa di una storia che le vede sottomesse e non considerate come unità mente-corpo.

Il corpo delle donne, infatti, è diventato uno strumento malato per acquisire potere e, per raggiungere lo scopo è andato sempre più a omologarsi all'unico modello proposto: quello maschile, ovvero, soprattutto attraverso la televisione è passato il messaggio che per essere di successo e forti, si debba essere performanti come un uomo e quindi assumerne anche le forme, e considerare come ostacolo tutto quello che comporta l'essere donna, a partire dalla gravidanza. Allora compito delle donne è rivendicare il proprio essere e ricercare un modello nuovo che le rappresenti *in toto*.

La nostra società è ancora legata a un modello patriarcale e non sono molte le donne indipendenti e autonome perché la libertà fa paura e costa sacrificio. La maggior parte delle donne, ancora oggi, si piega al potere altrui perché è sempre più facile fare quello che vogliono gli altri, ma la vera sfida è riuscire a capire se i desideri e i sogni che le donne coltivano siano loro propri e non un mero riflesso di quelli maschili; capire fino in fondo quello che vogliono, sapere chi sono e da dove vengono è il primo passo verso la conquista della piena consapevolezza di sé e questa, anche se è una strada impervia e molto rischiosa è l'unica da seguire. Quindi, l'unico modo per vivere pienamente e liberamente il proprio essere è lottare e riflettere per capire chi siamo, cosa vogliamo e quali obiettivi desideriamo raggiungere. Quel "conosci te stesso" socratico dovrebbe accompagnare l'esistenza umana per poter elaborare e dare voce al "peso dell'anima" che ognuno avverte, secondo la propria sensibilità, durante il corso della vita.

Bibliografia:

APA, DSM-IV. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (1994),

Masson, Milano, 1995.

Achenbach G., *La filosofia come professione*, Apogeo, Milano, 2005.

Achenbach G., *La consulenza filosofica. La filosofia come opportunità di vita*, Feltrinelli, Milano, 2009.

Andersen A. E., (2001) *Progress in eating disorders research*, American Journal of Psychiatry 2001.

Bandelloni L.; Maccafane P., *Le bambine perfette. Frammenti di vita tra anoressia e bulimia. Come intervenire?* CLEUP, Padova, 2012.

Barbetta P., *Anoressia e isteria*, Raffaello Cortina, Milano, 2005.

Belcari C., *Il peso delle ali*, Giovane Holden Edizioni, Viareggio, 2014.

Bell R., *La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi* (1985), Laterza, Roma-Bari, 1998.

Bettheleim B., *Un genitore quasi perfetto*, Feltrinelli, Milano, 1998.

Bianchini P., Dalla Ragione L., *Il cuscino di Viola*, Diabasis, Parma, 2006.

Binswagner L., *Il caso Ellen West*, Einaudi, Milano, 2011.

Bordo S., *Il peso del corpo*, Feltrinelli, Milano, 1997.

- Borgna E., *L'arcipelago delle emozioni*, Feltrinelli, Milano, 2002.
- Bratman S., Knight D., *Health food junkies, Ortorexia Nervosa: overcoming the obsession with healthful heating*, Brodway Books, New York, 2000.
- Bruch H., *Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia mentale e Personalità*, Feltrinelli, Milano, 1993.
- Bruch H., *Anoressia. Casi clinici*, Cortina Raffaello, Milano, 1996.
- Bruch H. *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano, 2003.
- Caprioglio I., *Senza limiti. Generazioni in fuga dal tempo*, Sironi editore, Milano, 2014.
- Caro I., *La ragazza che non voleva crescere*, Cairo Publishing. Milano, 2009.
- Cotrozzi A., *Seneca. La «Consolatio ad Helviam matrem» con un'antologia di testi*, Carocci, Roma, 2004.
- Caviglia G.; Cecere F., *I disturbi del comportamento alimentare. Un approccio multidisciplinare per un intervento efficace*. Carocci, Roma, 2007.
- Cesaro N., *Donne e anoressia, in Del genere sessuale. Saggi psicoanalitici sull'identità femminile*, Guida Editore, Napoli, 1996.
- Chasseguet-Smirgel J., *Il corpo come specchio del mondo*, Cortina Raffaello, Milano, 2005.

Clerici M., Lugo F., Papa R., Penati G., *Disturbi alimentari e contesto psicosociale. Bulimia anoressia e obesità in trattamento ospedaliero*, Franco Angeli, Milano, 1996.

Cosenza D., *Il muro dell'anoressia*, Astrolabio Ubaldini, Milano, 2008.

Costa E., *La follia è donna. Diagnosi e clinica di isteria, anoressia e depressione*, Franco Angeli, Milano, 2011.

De Clercq F., *Tutto il pane del mondo*, Bompiani, Milano, 2001.

De Clercq F., *Fame d'amore. Donne oltre l'anoressia e la bulimia*, BUR, Milano, 2002.

Devereux G., (1970), *Essais d'ethnopsychiatrie generale, Saggi di etnopsichiatria generale* (1973). Armando, Roma, 2007.

Elliot C., *Mia sorella è cambiata*, La Medusa, Roma, 2012.

Faccio E., *Il disturbo alimentare. Modelli, ricerche e terapie*, Carocci, Roma, 1999.

Ferrari S., *Scrittura come riparazione*, Laterza, Roma-Bari, 2005.

Francesconi M., *L'appetito è un crimine? Adolescenza e cultura di un crimine*, Franco Angeli, Milano, 2004.

Freud S., *Opere*, Boringhieri, Torino, 1967-80.

Freud S., Minuta G. (1895), in Id. *Opere*, Vol. II.

Freud S., *Lutto e melanconia* (1917), in Id. *Opere*, Vol.III.

Galanti M. A., *Affetti ed empatia nella relazione educativa*, Liguori, Napoli, 2001.

Galanti M. A. *Sofferenza psichica e pedagogia, educare all'ansia, alla solitudine*, Carocci, Roma, 2007.

Galanti M. A., *In rapido volo con morbida voce*, ETS, Pisa, 2008.

Galanti M. A., *Smarrimento del sé. Educazione e perdita tra normalità e patologia*, ETS, Pisa, 2012.

Garritano M., *La verità, vi prego, sulla danza*, Edizioni Italia Press, Milano, 2010.

Göckel R., *Donne che mangiano troppo. Quando il cibo serve a compensare i disagi affettivi*, Feltrinelli, Milano, 1991.

Gordon R., *Anoressia e Bulimia, anatomia di un'epidemia sociale*, Cortina, 2004.

Guecioni P., Nicastrì C., *Anoressia e Bulimia. Perché sono due malattie dell'amore?* Di Girolamo, Trapani, 2009.

Guidetti V., *Fondamenti di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna, 2005.

Gull. W., Lasegue E. C., *La scoperta dell'anoressia*, Mondadori, Milano, 1998.

Jeammet P., *Anoressia bulimia. I paradossi dell'adolescenza interpretati da un grande psichiatra francese*, Franco Angeli, Milano, 2006.

Justine, *Ho deciso di non mangiare più. Una storia di anoressia*, Piemme, Milano, 2009.

Kant I. *Critica della ragion pratica*, Laterza, Roma-Bari, 2006.

Kierkegaard S., *Il concetto dell'angoscia. La malattia mortale* (1849), Sansoni, Firenze, 1965.

Klein M., *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino 1978.

Lacan J., *Le seminaire. Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* (1964), Seuil, Paris, 1973.

Lacan J., *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu*, Navarin, Paris, 1984.

Lorin C., *Un nuovo sguardo sull'anoressia, la danza come soluzione possibile*, MA. GI, Milano, 2009.

Mann T., *La montagna incantata*, Corbaccio, Milano, 2011.

Marucci S., Dalla Ragione L., *L'anima ha bisogno di un luogo. Disturbi alimentari e ricerca dell'identità*, Tecniche nuove, Milano, 2007.

Marvis H., *Buono da mangiare*, Einaudi, Torino, 2006.

McClelland L., Crisp A. (2001), *Anorexia nervosa and social class*, *International Journal of Eating disorders*, VOL.29.

Onnis L., *Il tempo sospeso*, Franco Angeli, Milano, 2004.

Orcbach S. (1982), *Fat is a feminist issue II*, Arrow Books, London, 2006.

Ostuzzi R., Luxardi G., *Figlie in lotta con il cibo*, Baldini & Castoldi, Milano, 2003.

Palazzoli Selvini M., *L'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano, 1963.

Pasini W., *Il cibo e l'amore*, Mondadori, Milano, 1994.

Perri A., *Magre da morire*, Aliberti, Reggio Emilia, 2008.

Plotino, *Enneadi*, Bompiani, Milano, 2000.

Pollastri N., *Il pensiero e la vita. Guida alla consulenza e alle pratiche filosofiche*, Apogeo, Milano, 2004.

Pope H. G., Katz D.L, Hudson J. I., (1988). *Anorexia Nervosa and "Reverse Anorexia"*. *Comprehensive Psychiatry*.

Ramaioli I., Cosenza D., Bossola P., *Jaques Lacan e la clinica contemporanea*, Franco Angeli, Milano, 2003.

Recalcati M., *I due niente dell'anoressia*, in *Clinica del vuoto. Anoressia, dipendenze, psicosi*, Franco Angeli, Milano, 2004.

Recalcati M., *L'ultima cena: anoressia e bulimia*, Mondadori, Milano, 2007.

Recalcati M., *Elogio del fallimento: Conversazioni su anoressie e disagio della giovinezza*, Erickson, Trento, 2011.

Riva E., *L'autostima allo specchio*, Franco Angeli, Milano, 2007.

Riva E., *Anoressia e Adolescenza. Corpo, genere e oggetto*, Cortina, Milano, 2009.

Salvo A., *Questo corpo non è mio, capire l'anoressia attraverso gli occhi di chi ne soffre*, Mondadori, Milano, 2008.

Sassaroli S., Gallucci M., Ruggiero G. M. (2008). *Low perception of control as a cognitive factor of eating disorders. Its independent effects on measures of eating*

disorders and its interactive effects with perfectionism and self-esteem. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.

Segnatore I., *I disturbi del comportamento alimentare. Clinica, Interpretazioni e interventi a confronto*, Franco Angeli, 2013.

Senofonte, *Anabasi*, Bur, Milano, 1978.

Shakespeare W., *Giulio Cesare* (1599), Feltrinelli, Milano, 2000.

Tangheri N., *Il rumore dei miei passi*, Infinito, Roma, 2007.

Testoni I., *Il dio cannibale. Anoressia e culture del corpo nell'occidente*, UTET, Roma, 2001.

Treasure J., Smith G., Crane A., *Prendersi cura di una persona affetta da disturbo alimentare. Come diventarne capaci*, SEID, Firenze, 2014.

Vandereycken W.; Van Deth Ron, *Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche. Il rifiuto del cibo nella storia*, Cortina Raffaello, Milano, 1995.

Vanderlinden J., *Vincere l'anoressia nervosa. Strategie per i pazienti, familiari e terapeuti*, Positive Press, Verona, 2001.

Weston M. D., *L'anoressia come simbolo di una matrice vuota dominata dalla madre drago. Gruppo di pazienti anoressiche: fattori terapeutici*, Funzione Gamma, 2005.

Wolf E., *Alla fine di un lungo inverno. Come l'amore mi ha salvata*. TEA, Milano, 2013.

Woodman M., *Malate di perfezione. Anoressia, bulimia e alcolismo*, RED, Milano, 1998.

Zappa L., *Alice in fuga dallo specchio*, Franco Angeli, Milano, 2009.

Ringraziamenti

Desidero innanzitutto ringraziare la Prof.ssa Maria Antonella Galanti, relatore di questa tesi, per la cortesia e il tempo dedicatomi.

La ringrazio per i preziosi insegnamenti e per il modo in cui riesce a rendere appassionanti e piacevoli le sue lezioni, inoltre la voglio ringraziare per avermi indicato l'associazione "La vita oltre lo specchio" che si occupa di aiutare persone e familiari che purtroppo si trovano a contatto con patologie alimentari. In questa associazione ho avuto la fortuna di poter crescere interiormente e di incontrare tante persone speciali che voglio ringraziare di cuore; in particolare la presidente, l'avvocato Maddalena Patrizia Cappelletto per la sua umanità, la sua umiltà e la sua gentilezza, e la segretaria, la dott.ssa Gianna Di Loreto per la sua instancabile operosità e per la fiducia dimostrata.

Ringrazio la Dott.ssa Rossella Paolicchi, responsabile del centro Arianna di Pisa, per la disponibilità, la professionalità e la competenza.

Ringrazio il Dr. Luca Mori, ricercatore presso il Laboratorio filosofico Ichnos Università di Pisa, per la disponibilità e gli utili consigli.

Ringrazio la professoressa Daniela Moscati, mia insegnante di filosofia e storia durante gli anni del liceo, con la quale ancora oggi sono in contatto, per avermi dimostrato affetto e per aver riposto in me fiducia.

Un ringraziamento poi, va a tutti coloro che sono stati presenti nella mia vita in questi anni (parenti, amici, conoscenti, vicini di casa) ma soprattutto ai miei genitori. A loro dico grazie per avermi supportato ma soprattutto li ringrazio per amarmi da sempre, sopra e più di ogni altra cosa e in qualsiasi momento. Ringrazio mia sorella e il suo compagno per la loro presenza ma soprattutto per avermi reso zia.

Infine, un ringraziamento speciale a mio nipote perché col suo sorriso illumina tutto ciò che lo circonda.

